



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Kasım

16

Türkiye’deki Yaşılı Bakım Hizmetlerinin Avrupa Deneyimiyle Geliştirilmesi: İtalya, Norveç, Hollanda ve Birleşik Krallık vaka çalışmaları

Prof Dr. Shereen
Hussein



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Aile ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal İçerme Alanında Kurumsal Kapasitenin Artırılması

Teknik Destek Projesi

İçindekiler

.....	2
Rapor hakkında	5
Terimler Sözlüğü	7
Bölüm 1: Avrupa’da Yaşlı Bakımı.....	10
Yaşlı Bakımı ve Refah Devleti	10
Yaşlı Bakım Hizmetleri ve ‘Yerinde Yaşlanmak’	11
Finans ve Fon Bulma Zorlukları	14
Yaşlılar için Entegre Hizmetler ve Ortaklaşa Çalışma.....	16
İşgücü Yapısı ve Zorluklar	21
Bölüm 2: İtalya’da Yaşlı Bakım Sistemi	24
Arka Plan: İtalya’da Yaşlanmak	24
İtalya’daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı.....	27
İhtiyaçlar Değerlendirmesi	33
Hizmetler ve Kullanıcıların Profili	34
LTC Hizmetleri Yönetmeliği ve Standartları	36
Yaşlı Bakımının Tedarikinde Ortaklaşa Çalışma ve Farklı Paydaşların Rolü	38
Tüm İtalyan Yaşlı Bakım Modelinin Özeti	41
İtalya’daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı	45
Bölüm 3: Norveç’teki Yaşlı Bakım Sistemi	41
Arka Plan: Norveç’te Yaşlanmak	41
Norveç’teki Uzun Vadeli Bakım Politikası	45
İhtiyaçlar Değerlendirmesi	48
Hizmetler ve Kullanıcıların Profili	48
LTC Hizmetlerinin Yönetmeliği ve Standartları	52
LTC Hizmetlerinde Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon	51
Norveç’teki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti.....	55
Norveç’teki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı	56
Bölüm 4: Hollanda’da Yaşlı Bakım Sistemi	60
Arka Plan: Hollanda’da Yaşlanmak.....	60



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Hollanda'daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı	63
İhtiyaçlar Değerlendirmesi	62
Hizmetler ve Kullanıcıların Profili	64
LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları.....	65
LTC'de Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon.....	66
Hollanda'daki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti.....	72
Hollanda'daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı.....	70
Bölüm 5: Birleşik Krallık'ta Yaşlı Bakım Sistemi	72
Arka Plan: Birleşik Krallık'ta Yaşlanmak.....	72
Birleşik Krallık'taki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı	77
İhtiyaçlar Değerlendirmesi	76
Hizmetler ve Kullanıcıların Profili.....	82
LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları	87
Ortaklaşa Çalışma ve Entegre LTC Hizmetleri	89
Birleşik Krallık'taki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti.....	88
Birleşik Krallık'taki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı	90
Bölüm 6: Karşılaştırmalı Analiz	92
Avrupa'daki dört yaşlı bakım modeline genel bakış.....	92
Karşılaştırmalı Avrupalı ve Türk Deneyimi Analizi	94
Bölüm 7: Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Modellerinin Tasarlanması.....	100
Türkiye Bağlamı.....	100
Daha Geniş Etkiler.....	101
Yaşlı Bakım Modelinin 'Vizyonunu' Geliştirmek.....	105
Use of Evidence and Data	107
Communication	107
LTC Hizmetlerini Tasarlama ve Sunma İlkeleri.....	108
Türkiye'de İyileştirilmiş LTC Hizmetleri için Stratejik Planlama	107



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Rapor hakkında

Bu raporun amacı, Türk Aile ve Sosyal Politika Bakanlığını, diğer Avrupa ülkelerinden ve bu ülkelerin kendi deneyiminden, gelişiminden, kültüründen ve bağlamından örnekler alarak yaşlı bakım hizmetini daha da geliştirmesi yönünde bilgilendirmektir.

Bu rapor, huzurevinde ve evde bakıma odaklanan yaşlı bakımıyla ilgili olarak dört Avrupa ülkesinin deneyimini sunar. Bu karşılaştırmalı analiz için yaptığımız dört ülke seçimi, her ülkenin yansıttığı geleneksel bakım modeli hakkında bilgi içerir; BK, yaşlı bakım modeli açısından arta kalan bakım modeline; Norveç, evrensel bir modele; Hollanda, şirketçi bir modele ve İtalya, aileye yönelik bir modele aittir. Seçimimiz, Hollanda'daki gönüllü sektörün önemi, özel sektörün BK'daki hâkimiyeti; Norveç'teki kapsamlı kamu hizmetleri ve göçmen işçilerin artan rolü gibi diğer önemli faktörler hakkında da bilgi sunar¹. Ancak bu son özellikler, bu spesifik sistemlerin ille de doğrudan bir sonucu olmayıp, baştan sona bakım modeliyle ilişkilidir.

Bu analiz kapsamında, yaşlılara farklı ortamlarda, evlerinde, toplumda, huzurevlerinde ve bakımevlerinde sunulan hizmetlere odaklanmaktayız. Refah devletinin piyasa dinamikleriyle etkileşim içinde olduğunu ve devletin tüm hizmetleri sağlayamayabileceği, ancak bir ülkenin refah modelinin ve yönetmeliklerinin piyasa yapısını ve kullanılabilen hizmet tiplerini şekillendirdiğini kabul etmek önemlidir. Farklı Avrupa ülkeleri, geleneksel olarak farklı refah modellerine sahipken, mali baskılar ve diğer değişiklikler, özel, kâr amaçlı sektörün, hizmet içi tedarikin daha önemli bir rol oynamasını gerektiren bir piyasalaştırma süreci yoluyla birçok bakım modelinin birbiriyle yaklaşmasını etkilemektedir.

Bu tür bir deneyim üzerindeki analize dayalı olarak, esasen yaşlıları toplumda mümkün olduğunca uzun süre boyunca tutmaya yönelmek suretiyle, Türkiye'deki mevcut yaşlı bakım hizmetleri için fikirler öne sürüyoruz. Bunun hem uygun maliyetli olduğu, hem de yaşlıların, bakıcılarının ve daha geniş toplum üzerinde olumlu etkilere yol açtığı kanıtlanmıştır. Bununla beraber, buna adanmış ihtiyaç ve desteğin sağlanabildiği huzurevinde bakıma yatırım yapma ihtiyacı devam etmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

¹ Christensen, Hussein ve Ismail 2016

Bu rapor, Avrupa'daki kapsamlı deneyim ve yaşılı bakım hizmetlerinin gelişimi hakkında bir giriş sağlamakla başlayarak, yedi ana bölüme ayrılmıştır. Bunu, incelenen dört Avrupa ülkesinin her birindeki (İtalya, Norveç, Hollanda ve BK) yaşılı bakım hizmetinin ayrıntılı analizini sunan dört bölüm izler. Altıncı bölümde, bu farklı modellerin karşılaştırmalı analizine dair genel bir açıklama sunulmakta, son bölümde ise Türkiye bağlamına değinilmekte ve mevcut hizmet tedarikinin iyileştirilmesini amaçlayan yeni yaşılı bakım modellerinin tasarlanmasına ilişkin ayrıntılar verilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Terimler Sözlüğü

Aile Politikası: Aileleri korumayı, güçlendirmeyi ve tüm toplumun faydası için birçok işlevini yerine getirmesi hususunda korumayı amaçlayan politikalardır. Aile politikaları; cinsiyet eşitlik, ayrımcılık yapmama ve çocuğun ve diğer aile üyelerinin üstün yararı ilkelerine dayalıdır. Bu politika, çeşitli aile yapılarını destekler ve erkek bir aile reisinin varlığını, başlıca gelir sahibi kişi olarak varsaymaz.

Yaşam Seyri: Yaşam yoluyla bireylerin gidişatına ve hayattaki kilit hadiselerin bu gidişatları nasıl etkilediğine odaklanan yaklaşımdır. Sosyal veya ekonomik desteğe ve hizmetlere ihtiyaç duyabilen kişiler, bir tarafta çocuklar ve gençler, spektrumun diğer tarafında ise yaşlılar olmak üzere, yaşam seyirleri yoluyla göz önüne alınırlar.

Sonuç: Bir geliştirme müdahalesinin ölçülebilen verimi, sonucu veya etkisidir (olumlu veya olumsuz, amaçlanan veya amaçlanmayan).

Dirençlilik: Genellikle bir bireyin, ailenin veya sistemin ve tamamlayıcı parçalarının bir şokun veya stresin etkilerini vakitlice ve etkili bir şekilde tahmin etme, sindirme ve atlatma yeteneği bağlamında tanımlanır. Ayrıca, ilişkisel yoksulluğun, mahrumiyetin ve savunmasızlığın daha iyi bir şekilde ele alınabildiği bir araç olarak, eşitlikle ilgilidir.

Sosyal Bakım: İhtiyaç sahibi veya risk altındaki çocuklar ya da yetişkinler veya hastalık, engellilik, yaşlılık veya yoksulluk nedeniyle ihtiyaç sahibi yetişkinler için sosyal hizmet, kişisel bakım, koruma veya sosyal destek hizmetlerinin tedarik edilmesidir.

Sosyal Hizmet: Sosyal değişikliği ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi ve insanların güçlendirilmesini teşvik eden, uygulamaya dayalı bir iş koludur. Sosyal hizmet, hayattaki zorluklara değinmek ve refahı arttırmak için insanlarla ve yapılarla iştiğal eder.

Sosyal Gelişme: İnsanların refahında, sosyal ilişkilerde ve sosyal kurumlarda iyileşmelere yol açan ve eşitlikçi, sürdürülebilir ve katılımcı yönetimle ve sosyal adaletle uyumlu bir değişiklik sürecidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal İçerme: Tüm insanların toplumun tam üyeleri olarak tanınması ve yaş, cinsiyet, etnik köken, dil, yoksulluk veya özürlülük farkı gözetmeksizin, haklarının tümüne saygı gösterilmesidir. İçerme, bu hakların kullanılmasını ve uygun destekleyici ve koruyucu çevrelerin oluşturulmasını önleyebilen engellerin kaldırılmasını gerektirir.

Sosyal Politika: Sosyal ve bireysel refahı arttırmak için tasarlanmış, (sosyal güvenlik ve insan hakları mevzuatını, kamusal ve özel programlara ve hizmetlere yönelik kılavuz ilkeleri kapsayan) kamu alanındaki müdahalelerdir. Sosyal eşitsizliklere değinmeye **ne kadar önem** verildiğine ve onurlu bir şekilde düzgün bir hayat sürmek için gereken temel hizmetlerin sağlanması yönünde bireylere ve piyasalara verilen seçime dayalı olarak, sosyal politikadan hem 'dar', hem de 'geniş' bir bağlamda bahsetmek mümkündür.

Sosyal Koruma: Yoksul ve korunmasız insanların karşılaştıkları ekonomik, sosyal, siyasi ve güvenliğe ilişkin risklere yanıt veren ve bu kişileri daha az güvensiz ve ekonomik kalkınmaya katılım yönünde daha yetenekli hale getirecek olan sektörler arası bir dizi program yoluyla uygulanan hükümet çapındaki bir politikadır. Sosyal korumanın kapsamı, bir vatandaşlık görevi ve sosyal ve ekonomik risklere karşı koruma olarak çalışan nüfusun üyelerine de genişletilebilir.

Sosyal Koruma Zemini: Yaşam seyri boyunca, asgari olarak, ihtiyaç sahibi herkesin ulusal seviyede gerekli olarak tanımlanan mallara ve hizmetlere etkili ulaşımını güvence altına alan temel sağlık bakımına ve temel gelir güvencesine erişim sağlamasını temin etmesi gereken, ulusal olarak tanımlanmış bir dizi sosyal güvenlik garantisidir.

Sosyal Güvenlik: Hastalık, kazalar ve yaşlılık gibi düşkünlük koşullarını karşılayan, sosyal açıdan desteklenmiş kurumsal düzenlemelerdir. Bunlar, gıda sağlığı, eğitim ve barınma gibi temel isteklerin kritik açıdan asgari düzeyde sosyal bağlamda içerilmesini de kapsayabilir.

Sürdürülebilir Kalkınma: Gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeksizin, şimdiki neslin ihtiyaçlarını karşılayan gelişmedir.

Savunmasız: Yaş, sağlıksızlık, azınlık statüsü veya toplumdaki güçsüz kılınmış pozisyonları sebebiyle fiziksel, duygusal, finansal veya psikolojik mahrumiyete ya da suiistimale açık



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olabilen bireyler veya gruplardır. Savunmasız olma durumuna, daha geniş sosyal çevredeki ayrımcılık, iş fırsatlarının olmaması veya doğal hastalıklar gibi yapısal faktörler de yol açmış olabilir.

Refah: Bireylerin ‘yaşamaya değer bir hayat’ sürme yetenekleriyle ilgilidir. Genellikle hem ‘objektif’, hem de ‘sübjektif’ unsurlardan oluştuğu düşünülür. Objektif refah; sağlık, gelir ve hizmetlere erişim türünden kaynaklara hâkimiyet gibi birey statülerinin alanına girer. Sübjektif refah, hayattan memnuniyetin kendi kendine değerlendirilmesi ve ayrıca neşe, acı ve endişe gibi olumlu ve olumsuz duygular dahil olmak üzere, farklı özellikleri kapsar. Refah, hayat döngüsünün farklı aşamalarında farklı şekilde tanımlanabilir. Ayrıca, kültürel bir boyutu vardır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 1: Avrupa’da Yaşlı Bakımı

Yaşlı Bakımı ve Refah Devleti

Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmı, refah sistemlerini İkinci Dünya Savaşı sonrasında geliştirmiştir. Bu dönem, savaş sonrası mali ve sosyal zorlukların ve ayrıca demografik geçişlerin ve değışen nüfus profillerinin birlikte yol açtığı baskılara şahit olmuştur. Avrupa’nın siyasi ekonomisi, farklı refah modeli biçimlerinin geliştirilmesiyle tanımlandı. Nüfus yaşılanması meydana gelirken, yaşlı bakımı, bu refah devletlerinin bir parçası haline geldi. Başlangıçta, bu refah sistemleri, özellikle farklı koşullar nedeniyle devletin kendilerine ‘bakma’ ve daha fazla zarar görmelerini önleme yönündeki müdahalesini gerektiren çocuklar olmak üzere, toplumdaki en savunmasızları hedef aldı. Yaşlılar dahil olmak üzere, vatandaşlar için sağlık teminleri, ‘tüm’ vatandaşların alma hakkına sahip olduğu farklı bir koruma unsuru olarak görüldü ve hükümet seviyesindeki spesifik sağlık bölümleri yoluyla sağlandı. Nüfusun yaşılanması ve kurumsal tabanlı bakım tedarikinden toplum bazındaki tedarike geçiş, sağlık ve sosyal bakım teminini bütünleştirme ihtiyacını acil hale geldi. Bununla beraber, bu bütünleşme, Avrupa’daki birçok hükümette farklı sebeplerle çeşitli zorluklara yol açar ancak bunların en önemlisi, sosyal ve sağlık bakımı tedarikinin farklı hükümet birimleri arasında ayrılmasıdır.

Bu modellerin bazıları, devletin toplumda en savunmasız olarak görülenleri desteklemeye odaklanarak çeşitli sosyal yardımlar ve koruma mekanizmaları sağlama yönünde önemli bir rol üstlendiği diğer modellerden daha kapsamlıdır². Genel olarak, Avrupa ülkeleri, başlıca dört refah modeline ayrılır (Şirketçi model; Aile bakım modeli; Arta kalan model ve İskandinav modeli). Şirketçi refah modeli, Bismarck modelini izler³ ve Belçika, Almanya, Fransa, Hollanda ve Avusturya ile bağlantılıdır. Arta kalan model, bütçe hesaplı hizmetlere ve yardımlara dayalıdır ve en çok Birleşik Krallık’ta yaygındır. Güney Avrupa ülkelerinde (İspanya, Yunanistan, İtalya ve Portekiz) yaygın aile bakım modelinde, aile, başlıca sosyal bakım sağlayıcısıdır ve *Devlet* sadece mütevazı hizmetler sağlar. Birçok orta doğu ülkesi de bu modele tahsis edilebilir ancak bu, sivil toplum örgütlerinin ve sivil toplumların yüksek



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

² Lyon ve Glucksmann 2008

Almanya'nın 19. yüzyılda birleşmesi kapsamında refah devletini icat eden Şansölye Otto von Bismarck'ın adı verilmiştir ve ABD'dekine benzeyen bir sigorta sistemine dayalıdır.

seviyede katılımı ve düşük seviyelerde yönetmelikle yapılır. İskandinav modelinde, sosyal hizmetler ve refah hizmetleri daha kapsamlıdır ve katkıya dayalı çok az hizmetle birlikte Devletin ve yerel makamların sağladığı ve finanse ettiği çok çeşitli ve yüksek standartlı bir bakımı içerir⁴.

Ekonomik olarak aktif yaş gruplarındaki nüfus oranında bir düşüşü gerektiren, değişmekte olan demografi ve nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, Avrupalı hükümetler ve toplumlar, hâlihazırda bu geleneksel refah tedarikine dair taahhütlerini yerine getirme hususunda büyük zorluklarla karşılaşır⁵ ve bunlar, bir mali zorluklar ortamı ve sürdürülemez harcama seviyeleri içinde siyasi açıdan oldukça desteklenirler⁶. Tasarlama ve finansmana dair birçok tartışma çerçevesinde, bir refah devleti, siyasi ideolojiden etkilenir ve devletin, gelirin yeniden dağıtılması ve özellikle yüksek sosyal riskler altında oldukları düşünülen vatandaşların korunması açısından önemli bir role sahip olduğu düşünülür. Bu arada, sosyal riskler zaman içinde yavaş yavaş gelişmiş ve kapsamı, temel yoksulluk yardımı ve sosyal dışlanmadan yaşlıların izolasyonunu azaltmaya kadar uzanan bir hedefler yelpazesini içerecek şekilde genişlemiştir.

Yaşlı Bakım Hizmetleri ve 'Yerinde Yaşlanmak'

Nüfus yaşlanmasıyla birlikte, nüfusun ihtiyaçlarına hassas olan sürdürülebilir uzun vadeli bakım (LTC) hükümlerinin karşılanması önemlidir. Uzun vadeli bakım, ister evlerinde, ister kurumlarda yer alsın, yaşlılara veya uzun süreli hastalığa veya engellere sahip yetişkinlere günlük faaliyetler ve kişisel bakım konularında destek verilmesini gerektirir. Bu, tıbbi ve sosyal bakımın sağlandığı bakımevleri gibi daha çok uzmanlaşmış hizmetleri veya demans mustariplerinin ihtiyaçlarını karşılamak gibi spesifik hizmetleri ve ayrıca hayatın sonundaki hasta bakımını (hafifletici bakım) da kapsar⁷.

Yaşlı bakım yardımları ve hizmetleri, (örneğin, sosyal sigorta, primsiz yardımlar ve sosyal yardım yoluyla) nakit yardımları veya aynı yardımlar (örneğin, hizmetlerin ücretsiz olarak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

tedarik edilmesi) dahil olmak üzere farklı şekillerde sağlanır. Ayrıca, uzun vadeli bakım politikaları, huzurevinde bakıma ihtiyaç duyan kişilerin sayısını azaltmak amacıyla, hizmet

Avrupa Mesleki Eğitimi Geliştirme Merkezi (CEDEFOP) 2010

³ Evers 2007

⁴ Begg ve diğeri. 2015

⁵ Hussein ve Manthorpe 2012

kullanıcıları için nakit ödemeler veya aynı yardımlar yoluyla evde bakımın arttırılmasına odaklanır. Evde destek, özellikle kadınlar, gönüllüler⁸ ve komşular olmak üzere genelde aile üyeleri tarafından sağlanan ilave kaynakları gerektirir.

Uzun vadeli bakım tedariklerinin geliştirilmesi, Avrupa ülkeleri arasında önemli derecede farklılık gösterir. Bununla beraber, bu politika sektöründe, kurumsallaşmadan vazgeçmeye yönelik yaygın bir eğilim gözlemlenir. Huzurevinde bakımdan evde ve toplum temelli bakıma geçiş ihtiyacı, üyelerin neredeyse tümü tarafından vurgulandı. Bu durum, yaşlıların kendi yerlerinde mümkün olduğunca uzun süre boyunca kalma isteklerini büyük oranda ifade etmeleriyle uyumludur.

Yapılan araştırmalar, Avrupa’da uzun vadeli bakım tedariklerini daha da geliştirme ihtiyacını, özellikle ev temelli ve toplumsal bakım hizmetlerinin kullanılabilirliğini ve kalitesini iyileştirme ihtiyacını gösterir. Bazı araştırmalar, ev temelli bakım sağlamanın, bakıcılara yeterli eğitim sağlamaya (özellikle İtalya, İrlanda, Polonya, Portekiz, Romanya, İspanya, Estonya, Litvanya, Slovakya gibi ülkelerde); yavaş ve sınırlı ilerlemeye (Çek Cumhuriyeti, Estonya, İspanya, İrlanda, İtalya, Letonya, Litvanya, Slovenya); evde bakıma adanmış mali kaynakların yetersizliğine (Belçika, Litvanya, Letonya, Slovenya); ve çeşitli hizmetlerin hareketini koordine etmeye (Litvanya ve Slovenya) dair karşılaştığı başlıca zorluklara işaret eder⁹.

Ev temelli bakım tedariki, özellikle Orta ve Doğu Avrupa’daki bazı zorluklara rağmen, Avrupa’nın tümünde önemli derecede ilgi görür. Örneğin, Slovenya’da, uzun vadeli bakım sistemine ilişkin kapsamlı bir reform görüşülmektedir. Reformun tüm detayları halka açık



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olmamakla birlikte, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri arasında muhtemelen daha iyi koordinasyona yol ačan uzun vadeli bakım yeterliklerini açığa kavuşturması beklenmektedir (hâlihazırda Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır). Estonya’da, evde ve gündüz bakım merkezlerinde bakım tedariki gelişmemiştir ve yönetmelik yetersizdir. Litvanya’da, yaşlılar için huzurevi dışındaki resmi bakım hizmetleri, gelişmemiştir. Bakım sorumluluklarını, genellikle kadınlar olmak üzere aile üyeleri üstlenir. Bununla beraber, bu başlık, 2015 Ulusal Reform Programında bir öncelik olarak vurgulanmadı. Letonya’da, hükümetin 2014-2020

⁶ Hussein ve Manthorpe 2014

⁷ Doyen ve diğerleri 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sosyal hizmetleri geliştirme kılavuz ilkelerinde, kurumsallaşmadan vazgeçme sürecinin yönetilmesi ve toplum temelli sosyal hizmetlerin geliştirilmesi açısından, başlıca sorumluluklar belediyelere verilir. Ne var ki, uygulama, finansmanın açıklığa kavuşturulmaması nedeniyle engelleniyor.

Fransa, Finlandiya, BK ve Bulgaristan'da olumlu gelişmeler meydana gelmektedir. Fransa'nın yaşlılar ve engelliler için evde bakımı destekleyen ulusal politikalarıyla, 2005 yılında Fransa'daki engellilik ve yaşlılara yönelik hizmetler için 100 adet tek durak noktası getirildi. Finlandiya'da, kurumsallaşmadan vazgeçme ve engelliler için toplumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi pürüzsüz bir şekilde ilerlemektedir ancak hizmetlerin kullanılabilirliğindeki önemli bölgesel farklılıklar devam etmektedir. İskoçya'da, 2016 yılında yürürlüğe giren, sağlık ve sosyal bakımı bütünleştiren 2014 tarihli Kamu Daireleri Kanunu, entegre toplum temelli hizmetlerin daha da gelişmesine yol açmıştır.

Finans ve Fon Bulma Zorlukları

Yaşlanan nüfusun ve finans zorluklarının birleşik etkisi sebebiyle, Avrupa ülkeleri, artan mali kısıtlamalar ile artan ihtiyaçlar arasındaki dengelemeyle uğraşmak zorunda kalmıştır. Birçok ülkede, uzun vadeli bakım ihtiyaçlarına kamu hizmeti tedarikiyle sadece kısmen değinilir ve bakım sorumluluğu da hizmet kullanıcılarına ve ailelerine aittir. Kıta Avrupası, Güney ve Orta-Doğu Avrupa'daki birçok ülke, son uzun vadeli bakım politikalarında bakımın aileler tarafından tedarik edilmesine yeniden odaklanmaktadır¹⁰. Bu yeni politika yönelimi, artan uzun vadeli bakım talebine ve bunu sağlamanın yükselen maliyetine bir yanıt verebilir. Bununla beraber, bu durum, sektörün daha fazla profesyonelleşmesi ve kadınların iş piyasasına katılması amacıyla alınan önlemlerden geriye doğru atılan bir adım olarak görülebilir çünkü bu kişiler, genellikle gayri resmi bakımı gerçekleştirenlerdir.

Ulusal mevzuat ve yönetmelikler, bölgesel ve/veya yerel hükümetlerin sorumluluklarını belirlemek suretiyle, yaşlı bakım hizmetlerinin seviyelerini ve şeklini belirleme yönünde



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

önemli bir rol oynar. Önemli ölçüde, ulusal hükümetin bu rolü, finansmanın çoğunlukla ulusal vergilendirmeden (BK) gelip gelmediğine bakmaksızın, hem ulusal, hem de yerel vergilendirmeye (İtalya) veya sosyal sigorta katkılarıyla (Hollanda) ilgilidir. Merkezi hükümetin sorumlulukları, evde bakım için uygunluk kriterlerini, kullanıcı ücretlerinin seviyelerini ve kalite temin mekanizmalarını kapsayabilir. Avrupa ülkelerinin büyük bir

⁸ Ranci ve Pavolini, 2015

kısımında, bölgesel ve/veya merkezi hükümetler, ulusal mevzuatın ve yönetmeliklerin uygulanmasından sorumludur. Burada, bölgesel/merkezi hükümetler, yaşlı bakım hizmetlerinin kapsamını, hizmetlerin nasıl ve kim için organize edilmesi gerektiğini belirler ve hizmetlerin ulusal kalite standartlarını karşılamasını sağlar.

Hollanda'da zorunlu uzun vadeli bakım sosyal sigorta planı, özel sigorta şirketleri tarafından idare edilir ve 16 yaş ve üzeri tüm vatandaşların maaşlarından kesilen gelirle ilgili bir primi kullanarak ödenir ve bordro vergileri yoluyla bir işveren katkısı ödenir. Yaşlılar dahil olmak üzere, hizmet kullanıcılarının da gelir seviyelerine, ailelerinin durumuna ve bakımlarının konumuna bağlı olarak değişiklik gösteren maliyet paylaşımı yükümlülükleri de vardır. Yaşlı bakım maliyetlerinin yaklaşık dörtte üçü bireyler tarafından kesintiler veya prim katkılarıyla ödenir ve geriye kalan kısım genel sigorta fonuyla karşılanır¹¹.

Güncel kanıtlar, birçok Avrupa hükümetinin, mali baskılara rağmen 2008 yılındaki mali krizden bu yana sosyal koruma harcamalarını (farklı ölçülerde) arttırmaya devam ettiğini gösterir, bununla beraber, bunlar, özellikle yine nüfus ve ayrıca gençlerin işsizliği gibi diğer faktörler nedeniyle sosyal korumaya yönelik taleplerin artmasına karşı belirlenir (bakınız Şekil 2). Birçok ülkede, ekonomik ve mali kriz, kamu harcamasındaki azaltmalarla birlikte, sosyal hizmetlere yönelik talebin artmasına yol açmıştır. 2014 yılında, 2008 yılına kıyasla, 9 milyon kişi işsizdi ve yoksulluk ve sosyal dışlanma riski altındaki kişilerin sayısı, 6 milyondan fazla kişi oranında arttı¹². Sosyal koruma harcaması, krizin etkisinin hafifletilmesinde önemli bir rol oynadı. Mali konsolidasyondan en çok etkilenen ülkelerde, sosyal hizmetler, bütçelerindeki küçültmeler nedeniyle hizmet kullanıcılarındaki sayının artmasıyla ve personel sayılarındaki ve maaşlardaki azaltmalarla değişen çalışma koşullarıyla ilgilenmiştir¹³.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ayrıca, bazı yaşlı bakım reformlarının hayata geçirilmesi yavaşlatılmış veya ertelenmiştir. Örneğin, İspanya’da, ‘Kişisel Özerklik ve Bağımlılık Halindeki Kişilere Yardım Sistemi (SAAD)’ adlı uzun vadeli bakım reformu, yavaşlamış ve bazı yardımlar azaltılmıştır¹⁴.

⁹ Gleckman 2010

¹⁰ Avrupa Komisyonu, 2015

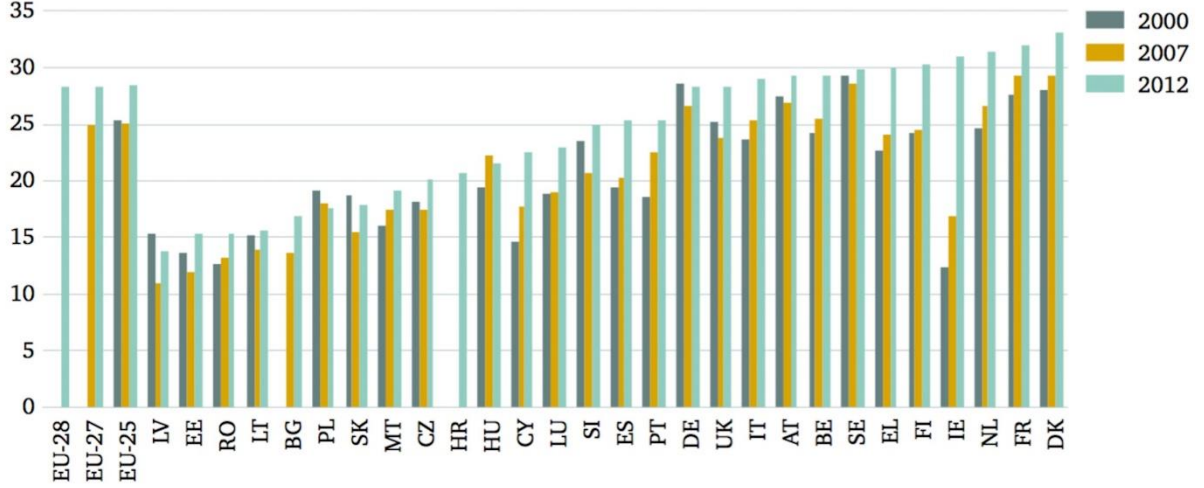
¹¹ Avrupa Sosyal Ağı, 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İtalya’da, yerel makamlar, sosyal bakımda ağır finansal kesintiler yaşarken, yardımlara erişim için bekleme süreleri artmıştır¹⁵.

Şekil 1 Avrupa’da GSYİH yüzdesi cinsinden Sosyal Koruma yardımlarına yapılan harcamalar (tüm işlevler)



Source: EUROSTAT. Extract from Begg et al. 2015

Yerel makamlar, hizmetin erişilebilirliğini muhafaza ederken, aynı zamanda azalan gelire ve artan talebe müdahale etmenin yollarını bulmak zorunda kalmıştı. Bu makamların birçoğu, acil durum önlemlerine yoğunlaşmak zorunda kalmış ve bu arada hizmetler ve yardımlara erişim ve hak kazanma kriterleri sıkılaştırılmıştır. Bu gelişmeler, bilhassa hizmetlerin uygun maliyet etkin önlemler şeklinde entegrasyonunu olmak üzere, hizmet işbirliğini arttırmanın önemini vurgulamıştır.

Piyasalaştırma ve Özel Sektörün Yaşlı Bakımı Tedarikindeki Rolü

Hizmet tedarikinin sorumluluğu, son yıllarda tartışılmaktadır. Hizmet tedarikinin kamu dışı kuruluşlar tarafından tedarik edilmesine yönelik yaklaşım, BK ve ABD’de, 1980’lerin Thatcher ve Reagan hükümetleri altında ortaya çıkan “Yeni Yönetim Yaklaşımıyla” teşvik edildi. Bu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yaklaşım, düşük maliyetleri artan rekabetle sağlamamanın gerektiği bir piyasada, daha etkili ve etkin bir hizmet ve yardım tedarikini savunur.

Bu (kâr amacı güden veya gütmeyen) özel yaşlı bakıcıları piyasası, devlet tarafından, sözleşme yaparak veya hizmet kullanıcılarının hizmetleri kuponlarla veya nakit ödemeleriyle

¹² Avrupa Komisyonu ve Sosyal Koruma Komitesi, 2014

¹³ Ranci ve Pavolini, 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

satın almalarını sağlayarak canlandırılabilir. Ayrıca, bu yaklaşım, daha az girdi kontrolünü ve performansa ve etkiye daha fazla odaklanması gerektiğini savunur. “Yeni Kamu Yönetimi” yaklaşımı uyarınca, hizmet kullanıcıları, müşteriler olarak ve devlet memurları, hizmet yöneticileri olarak görülür. Örneğin, birçok Avrupa devletinin getirdiği aktif iş piyasası politikalarında, devlet memuru, işsizleri iş piyasasına mümkün olduğunca kısa süre içinde entegre etmek amacıyla, bu kişilerin çeşitli hizmetlere erişebilirliğini sağlayarak bir vaka yöneticisi görevi görür. Bu yaklaşım, yardımların daha koordineli bir şekilde tedarik edilmesini, istihdam desteğini ve sosyal hizmetlere erişimi destekler¹⁶. Avrupa Komisyonu tavsiyesi, ulusal hükümetlerin, yaşlılar için sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere, gelir desteği tedarikini, istihdam desteğini ve kaliteli hizmetlere erişimi entegre eden stratejiler geliştirmesini önerir.

‘Yeni Kamu Yönetimi’ yaklaşımı, standartlaştırma gibi özel sektör metotlarının sosyal bakım tedarikindeki bireysel koşulları yansıtmadığına ve verimliliği artırma amacının çalışma koşulları ve hizmet kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabileceğine dair savlarla eleştirilmiştir¹⁷. İsveç’te, bu yaklaşımın görevlerde standartlaşmaya ve bakıcı başına düşen hizmet kullanıcı sayısı artışı ve ayrıca sağlanan bakımın kalitesi ve işçiler üzerindeki stres seviyesine dair çıkarımlara yol açtığı ileri sürülmüştür¹⁸.

Nakit Yardımları ve Piyasalaştırma

Uzun vadeli bakımda, birkaç devlet, Almanya’daki evrensel uzun vadeli bakım sigortası, Fransa’daki APA (“Kişisel Özerklik Karşılığı”) ve İspanya’daki Kişisel Özerkliği Teşvik ve Bağımlı Kişiler için Bakım Kanunu (‘Bağımlılık Kanunu’ olarak da anılır) gibi hizmet kullanıcılarına direkt ödemelere dayalı reformlar getirmiştir¹⁹. Polonya’da, tercih edilen bir sistemin hayata geçirilmesinin mi, yoksa resmi bakımı zenginleştirmenin ve bakım piyasasını güçlendirmenin mi gerekli olduğuna dair tartışmalar yapılmaktadır. İsveç, 2009 yılında ‘seçme özgürlüğü’ sistemini getirerek, belediyeleri bir kupon sistemi yoluyla hizmet kullanıcısının seçimini



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

desteklemesi için teşvik etmiştir. Ne var ki, Hollanda gibi bazı ülkeler, kısa süreli bir uygulamadan sonra, daha az maliyet etkin olması sebebiyle, nakdi geri alıp yerine yardım

¹⁴ Avrupa Komisyonu, 2008

¹⁵ Buestrich ve Wohlfahrt, 2008

¹⁸ Ranci ve Pavolini, 2015

¹⁹ Avrupa Sosyal Ağı, 2013



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

planlarını getirmiştir. Piyasalaştırmanın, bu varsayımların bazılarını destekleyen BK'dan edinilen kanıtlarla birlikte, yaşlılara karşı suiistimal riskini arttırdığı öne sürölür.

Ademi merkeziyetçilik

Sosyal sektörde ve sağlık sektöründe ademi merkeziyetçilik, kamu politikalarını planlama ve sunma şeklinde büyük bir değişikliği temsil eden, geçtiğimiz yıllarda Avrupa ölkelerinde meydana gelen önemli refah reformlarının en belirgin örneğidir. Bu değişiklik, yeterliklerin ve kaynakların yerel seviyede gerilemesini ve ayrıca yerel makamların, bilhassa daha az mali kaynaklarla başa çıkmak zorunda olmaları sebebiyle, daha da entegre bir şekilde çalışmalarının gerektirilmesini içerir. Bu bağlamda, ademi merkeziyetçilik, uygun hale getirilmiş ve entegre hizmetleri maliyet etkin şekilde sağlama zorluğuna değinen, olası tek yanıt gibi görünür.

Bazı Avrupa ölkeleri, kısa süre önce bakım organizasyonuna dair daha fazla sorumluluğu yerel makamlara veren kanunları getirmiştir. İsveç'te, 1992 tarihli 'Ädel reformuyla', belediyeler, yaşlıların ve engellilerin bakımından tamamen sorumlu hale getirildi. Belediyeler, bir hastanın hastanede gerekenden daha uzun süre boyunca kalması halinde, hastaneden ayrılmaya hazır ve ücretleri ödemekle yükümlü hastalardan da sorumlu tutuldu.

İngiltere'de, 2014 tarihli 'Bakım Kanunuyla', yerel makamlara, bakım sağlamaya ve hizmet kullanıcının güçlendirilmesine ve seçim ve kontrole odaklanan destek hizmetlerine yönelik yeni yasal sorumluluklar verildi. Yerel makamlardan, 'bilhassa kaliteli, refaha odaklanan, sonuçlara dayalı hizmetleri devreye almak suretiyle, piyasayı şekillendirmeleri beklenir'²¹.

Hollanda'da, 'Gençlik Kanunu', 'Katılım Kanunu' ve 'Sosyal Destek Kanununun' yürürlüğe girmesiyle birlikte, görevlerin ulusal seviyeden yerel seviyeye önemli derecede düşürölmesi üzerine, Ocak 2015'te sosyal sektörde önemli değişiklikler meydana geldi. Yerel makamlara,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

refah hizmetlerini, gençlerin bakımını, kişisel bakımı, iş ve geliri tedarik etme sorumluluğu verildi.

²⁰ Ismail ve diğerleri 2016; Stevens ve diğerleri 2016

²¹ Yerel Hükümet Birliği, 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlı Bakım Hizmetinin Sunulmasında ve Tedarikinde Ortak Üretim

Ortak üretim, hizmet alıcılarının ve daha geniş toplumdaki kişilerin de kamu hizmetlerinin sunulmasında aktif bir rol oynadığını ileri sürer. Hizmet kullanıcısıyla sağlayıcısının ortak hizmet sunumuna ve ayrıca vatandaşların aktif şekilde dahil olmasına ve katılımına dayalıdır²². Bu nedenle, ortak üretim, hizmetlerin tasarlanmasından ve sağlanmasından sadece kamu görevlilerinin sorumlu olduğu geleneksel kamu hizmeti üretim modelinden farklılık gösterir. Ortak üretim, hizmeti yönetme ve sunma sorumluluklarının yerel seviyeye transfer edilmesiyle bağlantılıdır, çünkü insanların ihtiyaçlarına ve endişelerine en yakın olan, belediyelerdir.

Ortak üretim, hizmet sunumunun daha katılımcı biçimlerini ve topluluğun ve gönüllü kuruluşların daha yakın katılımını hedefler ve kamuyu politikaya dahil ederek maliyetlerin azalmasına, daha yüksek hizmet kalitesine ve daha demokratik bir sürece yol açabilir. Ortak üretim ayrıca, hizmetleri, hizmet kullanıcılarının ihtiyaçları etrafında şekillendirmekle ilgili olan kişiselleştirme için bir ön şarttır. Yakın zamandaki örnekler, gönüllü örgütleri ve topluluk örgütlerini savunmasız kişilerin desteklenmesine dahil etmeyi veya İspanya hükümetinin kendi üçüncü ve sosyal gönüllülük sektörlerini güçlendirmek için ileri sürdüğü yasa tasarılarını hazırlamayı amaçlayan, Hollanda'daki ademi merkeziyetçilik reformudur²³.

Yaşlılar için Entegre Hizmetler ve Ortaklaşa Çalışma

Uzun vadeli bakım alanında politika ve kanun yapma süreci, karmaşıktır. Bunun sebeplerinden birisi, yaşlılarda uzun vadeli bakımın barındırma, ulaşım, yardımlar, sağlık ve sosyal bakım gibi çeşitli konuları içermesi ve hiçbir birimin tek başına çalışmıyor olmasıdır. 'Entegrasyon', yapısal açıdan yeniden yapılandırılmaya ve iyileştirilmiş yönetişime atıfta bulunabilir, örneğin, hizmetleri devreye almaktan sorumlu, hesap verme zorunluluğu olan tek bir kurumun yer alması; yaşlılarla çalışan farklı sektörlerden gelen profesyoneller arasında işbirliğini arttırmak için tasarlanmış mekanizmalar (ortaklık stratejileri gibi; veya



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

yaşı bakımının nasıl finanse edildiğiyle ilgili olarak, örneğin, bteleri bir merkezde toplamak veya karmaşıık ihtiyaçlara sahip spesifik grupları desteklemek amacıyla spesifik olarak entegre edilmiş fonlar oluşturmak). Entegre hizmetlerin, bilhassa sosyal açıdan dışlanmış kişilere ulaşmak, bu kişilerin hizmetlere erişimine yardımcı olmak, ihtiyaç değerlendirmeleri

²² Pestoff, 2011

²³ OECD, 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yapmak ve ayrıca bakım ve destek sağlamak açısından değerli olduğuna dair görüşler mevcuttur.

Yüksek kalitede, entegre ve kişiselleştirilmiş hizmetlerin insanların becerilerini ve yeterliklerini geliştirme, fırsatlarını arttırma ve yaşam seyirleri boyunca potansiyellerinden en iyi şekilde yararlanmalarına yardımcı olma rolünü vurgulayan Sosyal Yatırım Paketi (SIP)²⁴, Avrupa seviyesinde, Avrupa Komisyonu tarafından benimsenmiş ve ye Devletlerce onaylanmıştır. Böylece, sosyal hizmetlerin sadece bir güvenlik ağı olmayıp, aynı zamanda toplumun önemli bir parçası ve ayrıca tüm sosyal yatırım yaklaşımlarında çok önemli olduğu tanınmıştır.

Geçmişte çeşitli entegre hizmet modelleri ana hatlarıyla aıklanmıř²⁵ ve daha sonra son Avrupa raporlarında²⁶ güncellenmiştir. Entegrasyonu desteklemiş olabilen politika ervelerinin belirlenmesi, başka yerlerde yeni entegrasyon biçimlerine olanak kılabilen bir öğrenme egzersizini temsil eder. Bununla beraber, Avrupa projelerinden edinilen deneyim, söylemle pratik uygulama arasında bir ayrılık olduğunu öne srer²⁷ ve bu durum, entegrasyonun aslında ne anlama geldiğine dair netliğin olmamasından, ařırđ derecede bürokratik yönetim düzenlemelerinden, sınırlı kaynaklardan, yetersiz liderlikten, mesleki, kurumsal ve kültürel engellerden kaynaklanıyor olabilir²⁸. Avrupa'daki yaşlılar için geçerli entegre hizmetlere örnek sağlamak amacıyla, entegre sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin politika erveleri gözden geçirildi.

Bağımlılık ihtiyaçlarına sahip yaşlılar için bakım alanında, sağlık bakım hizmetleri (genellikle ulusal ve bölgesel seviyelerde finanse edilir ve yönetilir) ve sosyal bakım (genellikle yerel seviyede yönetilir ve sağlanır) arasındaki daha yakın bağlantılar, birkaç yıl boyunca siyasi görünümün bir parçası olmuştur. Fransa'da, sağlık bakımından ve uzun vadeli bakımdan sorumlu bölgesel sağlık kurumları ile sosyal hizmetlerin tedarikinden sorumlu il meclisleri arasında olduğu gibi, koordinasyon mekanizmalarının ve bakım koordinasyon ağlarının hayata geçirilmesiyle, sağlık ve sosyal bakım arasındaki ayrılığı kapatmaya yönelik bazı girişimlerde bulunulmuştur.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

²⁴ Avrupa Komisyonu, 2013

²⁵ Munday, 2007

²⁶ Örneğin Lara Montero ve diğerleri 2016

²⁷ Jarrett ve diğerleri, 2009

²⁸ Williams ve Sullivan, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Diğerlerinde, daha yakın bağlantılar, topluluk bakım hizmetleri için ortaklaşa mali düzenlemeleri ve yönetim düzenlemelerini, profesyonellerin ortak yerleşimini veya sorumlulukların BK’da olduğu gibi kurumlar arasında dağıtılmasını belirleyen kuruluşları destekleyen politika çerçeveleri şeklini almıştır. Bölgelerin ve belediyelerin, karmaşık ihtiyaçlara sahip bakım grupları için daha fazla sorumluluk aldıkları artan ademi merkeziyetçilik de vardır. Bu, birçok il meclisinin ve belediyenin hizmeti ortaklaşa verdiği İsveç’teki ‘yerel temel bakım sisteminin’ getirilmesini de gerektirdi. Ayrıca, Danimarka’da, belediyeler, 2008’de kapsayıcı bir kamu hizmeti reformunun uygulanmasından sonra, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini bütünleştirilmeye doğru ilerlemiştir.

Entegre desteğe dair ulusal bir politika gündeminin olmadığı İspanya gibi ölkelerde, sağlık bakımına ve uzmanlaşmış sosyal hizmetlere ilişkin sorumluluklara sahip çeşitli bölgeler, kronik sağlık durumlarına sahip olanlar gibi belirli gruplar için desteği veya spesifik politika çerçevelerini entegre etmek amacıyla kendi politikalarını başlatmıştır.

Mevzuat ve politika, genellikle sektörle ilgilidir ve entegre hizmetlere dair yasal çerçeveler ve politika çerçeveleri, çok nadiren görölür ve görölse bile, bunu belirli bir grup veya nüfusla ilgili olarak yaparlar. Entegre hizmetlerle ilgili politikanın geliştirilmesi hususunda başka bir önemli konu, her ölkenin yerel yapısı ve yönetim yapısıdır. Birçok durumda, yerel hükümet, eğitimi, sağlığı, istihdamı ve sosyal bakım hizmetlerini yönetmekten ve sağlamaktan sorumlu başlıca kuruluş olmaktan çıkar. Sonuç olarak, ademi merkeziyetçilik nedeniyle, görevleri ve sorumlulukları yeniden yapılandırmanın hayata geçirildiği ölkelerde, başarılı bir uygulama sağlamak için çok boyutlu ve çok seviyeli bir yaklaşımı benimsemek çok önemlidir. Desteği entegre etmeye dair bir ulusal gündemin/planın yer almadığı diğer ölkelerde, bölgeler, bu boşluğu kendi politikalarıyla doldurmak zorunda kalmış olabilir.

Entegrasyon, bazı Avrupa ölkelerinde son birkaç yıldır politika tartışmasının bir parçası olmuştur, ancak bu durum, Avrupa’nın tümünde oldukça farklılık gösterir. Mevzuatın veya



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

politikanın yer almadığı bazı örnekler vardır ama profesyoneller, çok disiplinli ekipler halinde bir araya gelmiş ve politika boşluğunu kapatmıştır. Kaynakların bir merkezde toplanmasına veya transfer edilmesine yol açmış olabilen, daha gevşek entegrasyon modelleri de vardır. Bunlar, ortakların ortaklaşa atadıkları bir yönetici veya koordinatörle birlikte, yönetim ve idarenin biraz resmileştirilmesini veya sorumlulukların kurumlar arasında değiştirilmesini de gerektirebilir. Yapılan araştırma, entegre hizmetin yaşlılar üzerindeki başarısını etkileyen kilit faktörlerin şunları kapsadığını gösterir: meslekler arası ekip çalışması; etki ölçümleri; yenileşme; teknoloji; fon sağlama; öğrenme fırsatları; etkili sunum sistemi; işgücü ve liderlik bağlılığı ve sürdürülebilirlik²⁹. İdeal olarak, karar vermede, bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik eylemlere neden olan, hem yatay (başka bir değişle, stratejik ve operasyonel seviye), hem de dikey (başka bir deyişle, makro, meso ve mikro seviye arasında) bir bağlantı olmalıdır³⁰.

İşgücü Yapısı ve Zorluklar

Sosyal hizmetlere yönelik artan talep, çeşitli şekilleriyle, refah devletinin karşısına bazı boyutlarda büyük zorluklar çıkarır. Bunlardan birincisi, belirli ekonomik çıkarımlarla ve ayrıca devletin artan bakım maliyetini finanse etme yönündeki “basit” yeteneğiyle ilgilidir. İkincisi ise uygun şekilde vasıflı ve sürdürülebilir işgücü arzını^{31,32} ve bakım tedarikindeki kaliteye dair direkt çıkarımları gerektiren³³ sosyal hizmetlerin temin edilmesiyle ilgilidir.

Yaşlanmaya ek olarak, küresel zorunlu göç krizi ve demans gibi uzun vadeli hastalıkların giderek yaygınlaşması dahil olmak üzere, gelecekteki sosyal hizmetler tedarik talebini etkileyebilecek başka faktörler de vardır. Ayrıca, aile kurma biçimleri, aile üyesinin coğrafi yakınlığı (bilhassa yaşlılar ve evlatları veya diğer akrabalar) ve özellikle kadınların işgücüne katılımıyla ilgili olarak istihdam biçimlerindeki değişiklikler dahil olmak üzere, sosyo-demografik değişiklikler, gayri resmi, ücretsiz bakımın sürdürülebilirliğine dair zorluklara yol açar. Bireylerin, daha uyumlu ve yüksek kalitede, uygun hale getirilmiş sosyal bakım



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hizmetlerine dair beklentileri de artmıştır. Sosyal hizmetler sektörü, emek yoğun bir sektör olduğu için hizmet taleplerindeki artış, sosyal hizmetler çalışanlarına dair taleplerde de neredeyse eşit düzeyde bir artış gerektirecektir³⁴. Bu sonuncusu, yardımcı teknolojinin sosyal hizmetler tedarikindeki rolünün artmasıyla, biraz da olsa

²⁹ Avrupa Sosyal Ağı 2016

³⁰ Leichsenrig, 2004

³¹ Cameron 2010

³² Fujisawa ve Colombo 2009

³³ 4Quality 2015

³⁴ Fujisawa ve Colombo 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hafifletilmiştir^{35,36}. İşgücündeki büyümeyi ve istihdam ve elde bulundurmaya dair zorlukları tartışırken, bu işgücünün belirli özellikleri, göz önüne alınmalıdır. Avrupa’da, bunlar, yaşlanan bir işgücünü, kadınların hakim olduğu bir işgücünü ve büyük oranda göçmen işçileri kapsadığı için ‘mobil’ olduğu düşünölen bir işgücünü içerir.

Yüksek sosyal riskler altındaki aileler, yetişkinler ve diğer kişilerle yapılan sosyal çalışma faaliyetleri, Avrupa’daki sosyal hizmet faaliyetlerinin önemli bir parçasıdır^{37,38,39}. Bununla beraber, bu için yapılmasına yönelik kesin aktiviteler, eğitim gereklilikleri ve ortamlar, Avrupa’nın tümünde önemli derecede farklılık gösterir^{40,41,42}. Genellikle, sosyal hizmet görevlilerinin rolleri, değerlendirme; birçok kurumun birlikte çalışması ve diğer profesyonellerle irtibat; bireylerin ve ailelerin riskini azaltmak ve yönetmek ve ayrıca vaka yönetimiyle ilgilidir⁴³.

Sosyal hizmetler ‘ön saf’ çalışanlarının çeşitli rolleri ve faaliyetleri vardır. Yapılan inceleme, işlerinin yoğunlaştığı beş önemli bileşene işaret etmiştir: 1- koordinasyon hizmetleri; 2- hizmet kullanıcılarını güçlendirmek (günlük faaliyetlerin desteklenmesi dahil); 3- kişisel bakım sağlamak; 4- kapsayıcı bir topluluğun oluşturulmasına yardımcı olmak ve 5- gayri resmi bakıcılar ve ayrıca topluluğa dayalı ve gönüllö örgütler dahil olmak üzere diğer kurumlarla ilişkiler kurmak.

Sosyal hizmetler işgücünün kapsamı, tüm rolleri ve faaliyetleri itibariyle, Avrupa ölkelerinin çoğunluğuunda oldukça genişlemiştir, ne var ki, bunun boyutu, nüfus yaşlanmasının hızıyla, kamu harcamasıyla ve ölkenin refah modeliyle ilgili olarak farklıdır. Avrupa Birliğinde (AB), 2000 yılından 2009 yılına kadar, bu sektörde 4 milyondan fazla yeni iş yaratılmıştır (EU)⁴⁴. Bununla beraber, sosyal hizmetler iş gücünün toplam istihdamdaki payı, ölkeden ölkeye



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

büyük farklılıklar gösterir ve bu payın Güney Avrupa ülkelerinde nispeten az olması, hizmet tedariki yerine nakit yardımlarını ve aile bakımını (gayri resmi bakım) vurgulayan refah

³⁵ Steel ve diğerleri 2012

³⁶ Gibsont ve diğerleri 2016

³⁷ Hussein 2014

³⁸ Lyons 2006

³⁹ Moriarty ve diğerleri 2015

⁴⁰ Akintayo ve diğerleri 2016

⁴¹ Hussein 2011

⁴² Boddy ve Statham 2009 ve Stratham ve diğerleri 2006

⁴³ Hussein 2011; Moriarty ve diğerleri 2015; Asquith ve diğerleri 2005

⁴⁴ CEDEFOP 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

modellerini yansıtır.

Yapılan bazı çalışmalarda, literatürlerinde ‘akut’ işe alım eksikleri olarak tanımlanan şeye rağmen, Avrupa’nın tümünde yer alan işe alıma dair meseleler belirlenmiştir^{45,46,47}. Avrupa Engelliler için Hizmet Sağlayıcıları Birliği (EASPD), sosyal hizmetler personelinin istihdamı için bir ‘araç takımı’ oluşturmuştur⁴⁸, bu araç takımı, sosyal hizmetler personelinin işe alınması ve muhafaza edilmesine dair pratik tavsiyeler sağlar, ancak kişisel asistanlar gibi spesifik çalışma alanlarındaki eksikliklere ille de değinmez. Bununla beraber, İngiltere’de Bakım Becerileri tarafından geliştirilmiş bir kavram niteliğindeki yeni çalışanları çekmek için ‘bakım elçisi’ görevi gören mevcut çalışanların rolünün vurgulanması dahil olmak üzere, bazı stratejiler sağlar. Bu araç takımı, özellikle erkekler ve engelliler olmak üzere, nüfusun yetersiz temsil edilen gruplarının potansiyelini, hedeflenen kampanyalar yoluyla vurgular⁴⁹. BK’da, ‘Akıllı Girişim’⁵⁰, diğerleri arasında, eğitimin sosyal hizmet almayan engellilerle işbirliği içinde geliştirildiği ve sunulduğu sosyal hizmet sektörü dahil olmak üzere, çeşitli sektörlerde engellilerin işe alınmalarını teşvik eder. İşe alım eksikliklerine değinme hususunda kurum çalışanlarına güvenmenin avantajları ve zorlukları, literatürde tartışılır^{51,52,53}. Öte yandan, işe alımla ilgili zorluklara değinme açısından nispeten ‘hızlı’ bir çözüm görevi görürler ama kendilerine adanmış maliyetler daha yüksektir, muhafaza edilmeleri zorlayıcı olabilir ve bakımın devamlılığına dair endişeler ortaya çıkabilir.

Sosyal hizmetler personelini işe almaya ve muhafaza etmeye yönelik önemli bir strateji, daha geniş bir kariyer yolunun bir parçası olarak görülebilen ve işverenler tarafından işe alımdan sonra ücretsiz olarak sağlanan eğitim yoluyla, işlerin çekiciliğini arttırmaktır. Demanstan ve çoklu kronik bakım ihtiyaçlarından etkilenen alıcılar için yüksek bakım işleriyle ilgilenmek açısından gerekli olabilen daha yüksek bakım becerileri gerekli olabilir, ancak bu, sosyal



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

⁴⁵ Evans ve Huxley 2009

⁴⁶ Jacobs ve diğerleri 2013

⁴⁷ Cornes ve diğerleri 2013

⁴⁸ EASPD Tarihsiz

⁴⁹ Hussein, Ismail ve Manthorpe 2016a

⁵⁰ www.thesmartenterprise.co.uk

⁵¹ Hussein ve diğerleri 2010

⁵² Webb ve Carpenter 2012

⁵³ Cornes ve diğerleri 2013



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bakım işleri için bilhassa uygun bir strateji şeklinde algılanabilir. Eğitim programları, sosyal bakım işlerinin insanlar için çekici hale gelmesine yardımcı olur ve kalite standartları üzerinde bir miktar kontrol sağlar. Eğitim programlarının ve kariyer yapılarının geliştirilmesi, istihdama, muhafaza etmeye ve ayrıca birçok sosyal bakım işinin kötü imajını düzeltebilen yukarıya doğru bir hareketliliğe olanak sağlayan araçlar olarak görülür⁵⁴.

Avrupa'daki LTC işgücü yeterliği ve becerileri

LTC'de çalışan personele dair kapsamlı iki kategori vardır, bir grup, genel olarak sosyal hizmet, bakım veya mesleki terapi gibi alanlarda onaylanmış yeterlikler gerektiren profesyonel çalışanlar olarak görülürken, diğ er grup, farklı ortamlarda kişisel yardım ve bakım işleri sağlayan 'daha az vasıflı' bir çalışanlar grubundan oluş ur. Bunlar, yaşlı bakım hizmetlerinde profesyonel iş gücünün önemli bir bölümünü oluşturdukları için sosyal hizmet çalışanlarının eğitime, yetiştirilmesine ve yeterliklerine hitap eden oldukça geniş bir literatür vardır⁵⁵. Birçok Avrupa ülkesinde, sosyal hizmet çalışanlarının üniversite eğitimi almış olması gerekir, ancak bu eğitimin ille de uzmanlaşmış sosyal hizmet eğitim programları olması gerekmez. Avusturya ve Fransa gibi bazı ülkeler, eğitimin gereken 'bileşimlerini' kapsayan derecelere sahip üniversite öğrencilerinin, sosyal hizmet rolleri için uygun adaylar olduklarını düşünür. Örneğin, BK, İrlanda ve İtalya gibi diğ er ülkelerde, sosyal hizmet çalışanlarından istihdamdan daha önemli olduğunu düşünmelerinin beklendiği bazı spesifik sosyal hizmet eğitim dereceleri vardır⁵⁶. Daha fazla disiplinden öğrenci çekebilen, lisansüstü eğitim seviyelerinde birçok uzmanlık yolu vardır. Özellikle BK olmak üzere, bazı ülkelerde, zihin sağlığı gibi belirli sosyal hizmet alanlarındaki eksikliklere değ inmek amacıyla, sosyal hizmet planlarına (Sosyal Hizmette Hız⁵⁷ ve İleriye Düşün programı⁵⁸ gibi) 'hızlı yol' eğitimi getirme yönünde bir politika yönelimi olmuştur.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal hizmet eğitimine ve yeterliklerine benzer şekilde, Avrupa'daki sosyal hizmet yönetmelikleri de oldukça çeşitlidir ve farklı kanunlarla yönetilir. Avrupa'da, organizasyonel yapıları ve idari faktörleri hedefleyen bazı işgücü müdahaleleri yer alır⁵⁹ ve bunların bireysel

⁵⁴ Fujisawa ve Colombo 2009

⁵⁵ Örneğin: Statham ve diğerleri 2006; Moriarty ve diğerleri 2015; Hussein 2011; Hussein 2014, Hussein ve diğerleri 2011c

⁵⁶ Hussein 2011

⁵⁷ Bakınız Baginsky ve Manthorpe 2016

⁵⁸ <http://thinkahead.org>

⁵⁹ Webb ve Carpenter 2012; Stanley ve diğerleri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

faktörleri hedeflemekten ziyade, sosyal hizmet çalışanlarının işe alınması ve muhafaza edilmesi üzerinde daha iyi bir etkiye sahip oldukları düşünülür. Hizmet kullanıcılarının ve bakıcılarının, hem işgücü eğitime, hem de hizmetlerin sunumuna anlamlı bir şekilde dahil edilmesi, giderek vurgulanmaktadır⁶⁰.

Avrupa’da, nispeten daha az yeterlik gerektirenler şeklinde sınıflandırılabilen yaşlı bakım hizmetleri personelini belirleyen çeşitli görev unvanları ve tanımlar vardır. Bunlar için, literatür, bir temel ‘beceriler’ setine dair gereklilikleri ortaya serer. Bu gerekliliklerin birçoğu, ‘hafif beceriler’⁶¹ veya güvenilirlik, sosyallik ve olumlu bir tutum gibi kişisel özellikler olarak görülür. Özetle, ön saf LTC hizmetleri personelinin rolleri, aracılık (tek tek kullanıcıların ihtiyaçlarına göre uygun hizmetleri görüşmek); değerlendirme ve planlama; danışmanlık ve giderek çeşitlenen bir çevrede iletişim kurma yeteneği dahil olmak üzere, ilişkili kilit becerileri yansıtır⁶². Bu ‘daha hafif’ becerilere ve ayrıca diğer önemli ‘bakım’ becerilerine mevcut personeli elde bulundurmanın ve yenilerini işe almanın bir yolu olarak hitap etmeye yönelik eğitim sağlama açısından birçok çaba sarf edilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

⁶⁰ Driessens ve diğerleri 2016; Farrow 2014

⁶¹ Green ve diğerleri 2014

⁶² CEDEFOP 2010



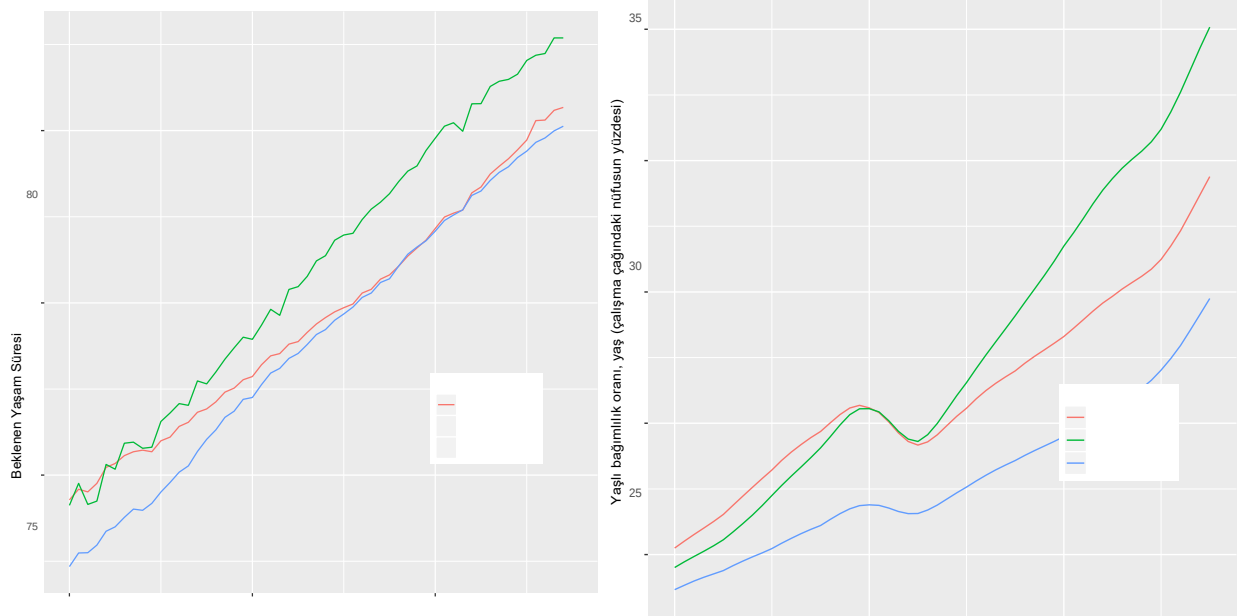
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 2: İtalya’da Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: İtalya’da Yaşlanmak

İtalya, Avrupa’nın en eski ülkelerinden biridir ve Avrupa’nın geriye kalanındakine benzer şekilde ölüm oranlarında kaydedilen gelişmeyle birlikte doğurganlık oranlarındaki hızlı düşüşle beraber nüfustaki dönüşümü nispeten erken başlamıştır. İtalya, Avrupa Birliği’ndeki (AB) en yüksek dördüncü nüfusa sahiptir (Almanya, Fransa ve Birleşik Krallık’tan sonra). Nüfus hızla yaşlanmaktadır ve yaşlanma endeksi⁶³, 1981’deki %80,4 seviyesinden 2010’da %144’e çıkmıştır (bu oran, Avrupa ortalamasının oldukça üzerindedir⁶⁴). Bunlar, Şekil 3’te sunulan diğer Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ve AB ülkelerine kıyasla, İtalya’da gözlemlenen ortalamanın üzerindeki beklenen yaşam süresiyle ve yaşlı bağımlılık oranı eğilimleriyle yansıtılırlar. Beklenen yaşam süresindeki istikrarlı yükseliş, İtalyan nüfustaki yaşlı kesimin eş zamanlı olarak artmasına yol açar.

Şekil 3 İtalya’daki 1960 ila 2010 arasında beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimler



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ülke

Avrupa Birliği

— italya

20

___ OECD üyeleri

70

M. Ismail, Analytical Research Ltd

15

M. Ismail, Analytical Research Ltd

1960

1980

2000

Yıl

1960

1980

2000

Yıl

⁶³ Yaşlanma endeksi, 60 yaşındaki kişilerin sayısı olarak veya 15 yaş altı yüz kişi başına hesaplanır.

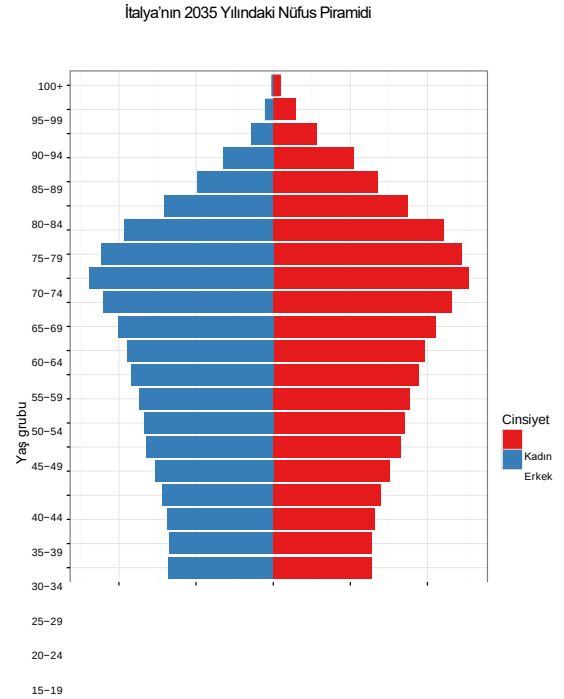
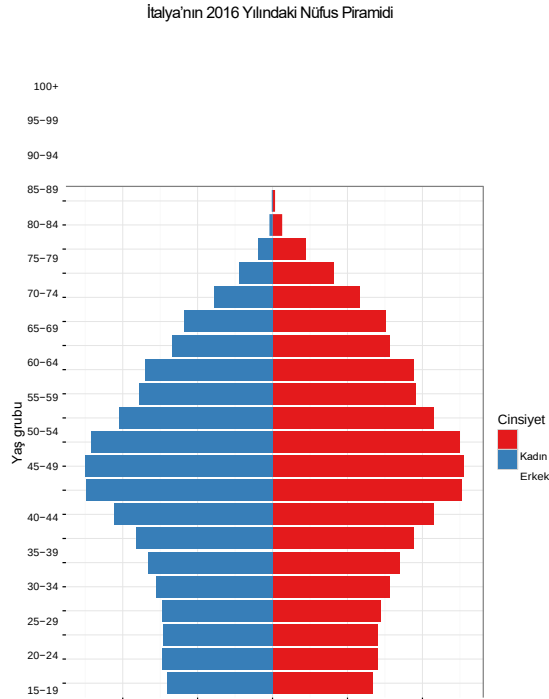
⁶⁴ EUROSTAT, Demografi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 4'te İtalya'nın şu anki ve 2035 için beklenen nüfus piramidi gösterilmektedir. Toplam İtalyan nüfusunun %20'sinden fazlası, 65 yaş ve üzeridir. 2050 yılına kadar, bu rakamın, ülkede hâlihazırda erkekler için 78 ila 80 arası, kadınlar için ise 84 ila 85 olduğu beklenen daha uzun yaşam süresi nedeniyle, %34'e çıkması beklenmektedir. Aslında, kıdemli yurttaşların yaklaşık %20'si ve ülkenin toplam nüfusunun %6'sı, 80 yaş üzerindedir.

Şekil 4 İtalya'nın 2016 yılındaki nüfus piramidi ve 2035 tahminleri





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

10-14

5-9

0-4

M. İsmail, Analytical Research Ltd.

2

1

0

1

2

Nüfus (milyon)

10-14

5-9

0-4

M. İsmail, Analytical Research Ltd.

2

1

0

1

2

Nüfus (milyon)

İtalya'daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

İtalya'da kişi başına GSYİH, 1960'lardan beri OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının üzerindedir (Şekil 5), bununla beraber, kişi başı sağlık harcaması her iki ortalamanın altındadır (Şekil 6). İtalya'da LTC için yapılan kamu harcaması oldukça düşüktür. Resmi tahminlere göre, 2008 yılında 65 yaş üstü kişiler için yapılan LTC harcaması miktarı GSYİH'nın sadece %1,12'siyken, sosyal korumaya yönelik kamu harcamasının miktarı GSYİH'nın %25,8'ine, kamu harcamasının tamamı da GSYİH'nın %49,1'ine tekabül eder.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İtalya'nın yaşıllara yönelik sağlık ve bakım hizmetleri, hastaneye ve akıl hastanesine yatırmaya odaklanmaktan giderek uzaklaşmış ve entegre bir sağlık ve bakım hizmetleri sistemine yönelmiştir. Bununla beraber, İtalya'nın özel sektörün katılımına sahip bir kamu sağlık sistemi vardır. İtalya, reformsuz ve derin bir değişim süreci yaşamış ve bu süreç en çok evde bakımla ilgili olmuştur. 90'ların ortasından bu yana uzun vadeli bakıma, çoğunlukla topluluk içinde olmak üzere aynı hizmetler tedarikini arttırmaya ve kamu-bakım tedarikinin miktarındaki bölgeler arası farklılıkları azaltmaya yönelik devlet kamu harcamasını arttırmayı amaçlayan birkaç teklif yapılmıştır. Sosyal hizmetler reformuna ve sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonuna yönelik 328/2000 sayılı Ulusal Kanun, yaşılları yaşamaya alışkın oldukları yerde mümkün olduğuunca tutmak için evde bakımı teşvik etmeyi amaçlıyordu. 328/2000 sayılı Ulusal Kanun, LTC politikalarının ana amaçlarını belirleyerek tüm ülkede sağlanması gereken minimum seviyede sosyal bakım hizmetlerinin kurulmasını gerektirdi. 2001'de bağımlı ve engelli kişileri ev hizmetleri yoluyla desteklemek amacıyla milli bir müdahaleler ve sosyal hizmetler planı sunuldu.

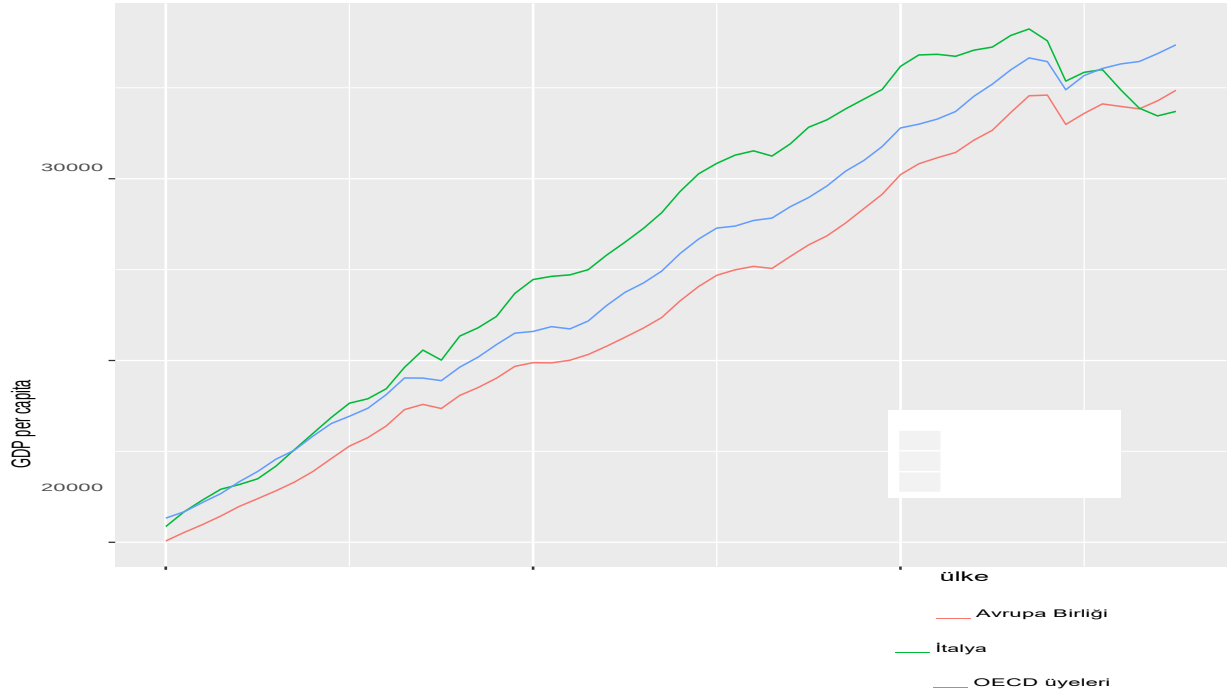
Ulusal Sağlık Planı 2006–08 ile – kurumsal bakımdan ziyade – evde bakımı güçlendirmeye yönelik çabalar ilk öncelik olarak belirlendi ve bakımın iyileştirilmesi için kurumlar ile resmi ve gayri resmi gruplar arasındaki işbirliğini pekiştireceği iddia edildi. Ne var ki, bölgesel amaçlar, tıpkı taahhütler gibi farklılık gösterir ve ulusal reform hâlâ eksiktir.

Bu dönemde, 2002 yılında %6 olan refakatçi ödemesi alan yaşılların yüzdesi 58'lik bir artışla 2008'de yüzde %9,5'e çıktı. Ayrıca, İtalya'nın kuzeyindeki bazı bölgelerde yaşılların evlerinde yaşamaya devam etmelerine olanak tanımak amacıyla ev yardımı, bakım hizmetleri ve tele-bakım tedariki organize edilmeye başlandı.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 5 1960'dan bu yana İtalya'daki kişi başına GSYİH Eğilimleri



M. İsmail, Analytical Research Ltd



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1960

1980

2000

Yıl

İtalya'daki LTC sistemi, yüksek seviyede kurumsal bölümlenmeyle nitelendirilir çünkü fon sağlama kaynakları, idare ve yönetim sorumlulukları, yerel (belediyeler) ve bölgesel makamlara dağıtılmıştır ve her bölgenin kurumsal modelleriyle ilgili olarak farklı biçimler mevcuttur. LTC organizasyonuna doğrudan dahil edilen aktörler, belediyeleri, yerel sağlık makamlarını (*aziende sanitarie locali*, ASL'ler), bakımevlerini (*residenze sanitarie assistenziali*, RSA'lar) ve Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsünü (*Istituto Nazionale Previdenza Sociale*, INPS) kapsar ancak bu hizmetlerin planlanmasına ve finanse edilmesine diğer oyuncular da dahil edilir – başka bir deyişle, merkezi devlet, bölgeler ve vilayetler. Ayrıca, İtalya'da, LTC harcamalarının önemli bir kısmı, doğrudan hane hakları tarafından sağlanır ve bakımın büyük bir kısmı, özellikle kamu hizmetlerinin daha az ileri düzeyde olduğu ve ailelerin özel hizmetlerin maliyetini karşılayamadıkları bölgelerde, hâlâ gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanmaktadır.

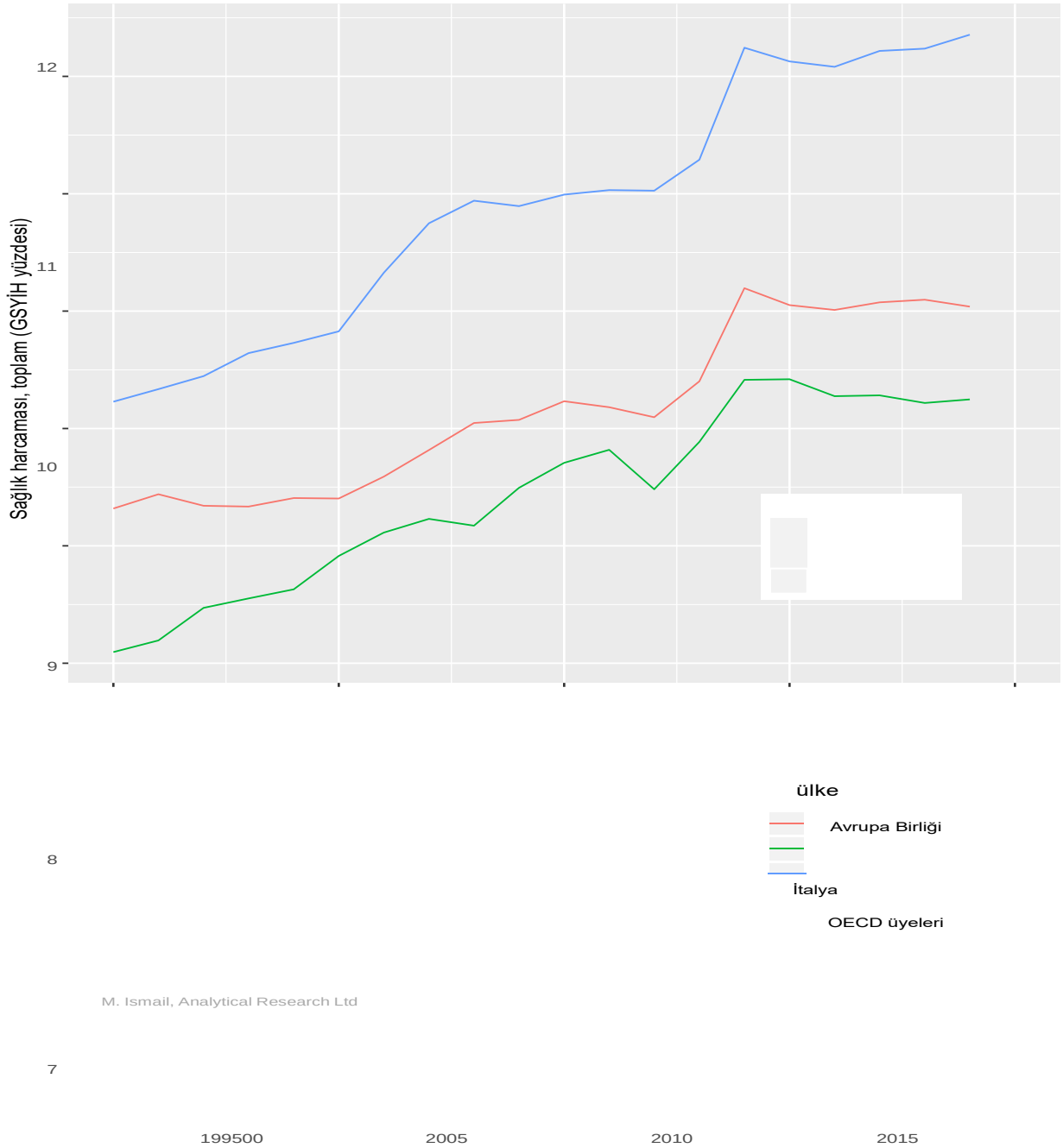
İtalya'da, devletin yaşlılar için sağladığı uzun vadeli bakım, üç tür resmi yardımı içerir: topluluk bakımı, huzurevinde bakım ve nakit yardımları. İtalya'da, Ulusal Sağlık Hizmeti (*Servizio Sanitario Nazionale*, SSN), yerel sağlık birimleri (*aziende sanitarie locali*) yoluyla, evde sağlık hizmetlerini – sözde 'entegre konut bakımı' (*assistenza domiciliare integrata*, ADI tarafından)– ve huzurevi ortamlarında sağlanan diğer sağlık hizmetlerini planlar ve yönetir. Hem evde bakım, hem de kişisel bakım olmak üzere, kişisel sosyal hizmetler, evde sağlanır (*servizi di assistenza domiciliare*, SAD tarafından) ve kurumsal sosyal bakım, yerel seviyede belediyeler tarafından yönetilir, ancak bu, ADI ile koordinasyon içinde planlanmalıdır. Uzun vadeli bakım, hem devlet tarafından, hem de onaylanmış özel sağlık ve kişisel sosyal bakım sağlayıcıları tarafından sunulur. Sağlık hizmetleri, SSN tarafından ücretsiz olarak sağlanır, bununla beraber, sosyal bakım, bütçe hesaplıdır ve kullanıcılar, bunun tam



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

maliyetine varan ödemler yapılabilirler. Ulusal ve yerel vergilendirme, kamu uzun vadeli bakımının başlıca fon sağlama kaynaklarıdır.

Şekil 6 OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasına kıyasla 1960 ila 2010 arasında İtalya'daki GSYİH yüzdesi açısından sağlık harcamalarındaki eğilimler



M. Ismail, Analytical Research Ltd



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yıl

Ulusal Sosyal Sigorta Enstitüsü, mali durumlarından bağımsız olarak, engelliler için bir nakit yardımı (indennità di accompagnamento) sağlar. Bu nakit yardımı, malları veya hizmetleri satın alma zorunluluğuyla doğrudan bağlantılı değildir ve amacı, kişinin durumunu iyileştirmek olduğu için, hanenin gayri resmi bakımını telafi etmek amacıyla kullanılabilir. Bununla beraber, indennità di accompagnamento, malullük aylığının tersine, genellikle İtalya'daki LTC harcamalarının bir parçası olarak görülür. Bazı belediyeler, başka nakit yardımları sağlar, ancak bunlar genelde bütçe hesaplıdır. İtalya'daki LTC, hem fon sağlama seviyeleri, hem de sağlanan hizmetlerin yapısı itibarıyla bölgeler ve alanlar arasında yer alan büyük bir farklılıkla da nitelendirilir. İtalya'da, tek bir ulusal LTC sisteminden ziyade, bölgesel birçok LTC sistemi vardır.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

İtalya'da, atıfta bulunabilecek, bakım ihtiyacı içindeki kişilere dair, tek ve ulusal bir yasal tanım yoktur. Talep sahibi, INPS tarafından sağlanan nakit yardımlarını elde etmek amacıyla, sağlık gerekliliklerinin olup olmadığına tıp komisyonu yoluyla karar vermekle görevli ASL'ye başvurmak zorundadır. Eğer gereklilik varsa, talep sahibi, nihai kararı veren INPS komisyonuna sevk edilir.

İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetinin ASL'leri, hizmet alanlarında yaşayan vatandaşlarının engellilik derecesini değerlendirmekten sorumludur ama kriterleri, homojen değildir. Birçok sağlık hizmeti ve sosyal hizmet açısından, ihtiyaçlar değerlendirme, çok disiplinli bir ASL ekibi tarafından yapılır – birçoğunda, doktorları, hemşireleri, sosyal hizmet görevlilerini ve bazen idari çalışanları kapsayan geriatrik değerlendirme birimleri tarafından yapılır. Bu ekip, bazı durumlarda, talep sahiplerini ihtiyaç kategorilerine göre sınıflandırır, bakım planını hazırlar



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ve sağlayıcı tipini seçer. Bunun tersine, Lombardia’da, vatandaş, müşterileri ihtiyaçlarına göre sınıflandırabilen sağlayıcıyı/sağlayıcıları özgürce seçer.

Bölgeler, ihtiyacın şiddetini çeşitli şekillerde değerlendirir. Her bölgenin özel bir sınıflandırma sistemi vardır ve bölgeler bazen kendileri arasında bazı farklılıklar sergiler. Bu çok boyutlu değerlendirme süreçleri, genellikle geçerli kılınmış uluslararası standartlara dayalıdır, örneğin, BARTHEL ADL standardını kapsayan SVAMA2 (Veneto) ve VAMA (Trento vilayeti); VAOR (Abruzzo, Basilicata ve Calabria); BINA (Emilia Romagna ve Friuli Venezia Giulia); SOSIA (Lombardia); AGED PLUS (Liguria); ‘Scheda VITA’ (Bolzano Vilayeti); ve MDS (minimum veri kümesi) ADL LONG FOMR (Toskana). Bu süreçlerin tümünde, kurumsal yetenekler, ikincil bir rol oynar ve bu bakımdan ya göz önüne alınmazlar ya da değerlendirilirler ama ihtiyaç seviyesini belirlemek amacıyla kullanılmazlar.

Günlük yaşam faaliyetlerinden başlayarak (ADL), sınıflandırma, diğer değerlendirme sistemleriyle desteklenir, örneğin, kümülatif hastalık evreleme ölçeğinde (CIRS) ‘sağlık durumu’ veya ICD IX (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) veya ICPC (Uluslararası Temel Bakım Sınıflandırması). Düzenleyici bir bakış açısına göre, LTC fonunun oluşturulmasından sonra, çok boyutlu bir yaklaşımı daha fazla vurgulamak suretiyle, değerlendirme süreçlerinin tümü yenilenmiştir.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Genel olarak, nakit yardımları dahil olmak üzere yaşlılar için sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, Uzun Vadeli Bakım (LTC) olarak adlandırılır, fiziksel veya bilişsel kapasiteleri kısıtlı olan ve günlük hayattaki temel ve aletli faaliyetlerde (ADL ve IADL) yardıma bağımlı kişilerin gerektirdiği hem sosyal, hem de tıbbi hizmetler olarak tanımlanır.

İtalya’da, LTC tedariklerinin tipleri ve yaygınlığı açısından birçok bölgesel fark vardır. Örneğin, Güney-İç bölgelerin birçoğunda (özellikle Calabria, Campania, Umbria ve Sardinya), Bakım



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ödeneklerinin büyük oranda kullanılması dahil olmak üzere LTC'ye yönelik esasen parasal hükümler vardır. Öte yandan, Kuzey-İç kısımlarda (özellikle Friuli-Venezia Giulia, Trentino Alto Adige ve Emilia- Romagna'da) LTC bünyesindeki kamu hizmeti kültürü oldukça yaygındır ve LTC hizmetleri daha çok yaygınlaşmıştır. Dolayısıyla, kamunun finanse ettiği uzun vadeli evde bakım hizmetleri kullanıcılarının yaklaşık %60'ı bunu sözleşme akdeden sağlayıcılardan alır. Sözleşme akdeden sağlayıcıların birçoğu kâr amacı gütmmez ancak kâr amaçlı olanların sayısı artmaktadır. Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ve nakit yardımları dahil olmak üzere, yaşlı bakım sistemi, üç ana bileşenden oluşur:

1. Ayakta tedavi edilen hasta ve ev temelli bakım hizmetleri dahil olmak üzere, yaşlılar ve engelliler için sağlık hizmetleri, yarı huzurevi ve huzurevi hizmetleri, psikiyatrik hizmetler ve uyuşturucu ve alkol bağımlılarına yönelik hizmetler;
2. Yaşlarından ve mali durumlarından bağımsız olarak, INPS tarafından tüm engelliler için doğrudan sağlanan (ve finanse edilen) nakit yardımları (*indennità di accompagnamento*). Bu parasal yardım, LTC hizmetlerinin satın alınmasıyla doğrudan bağlantılı değildir ancak genellikle LTC sistemini bir parçası olduğu düşünülür;
3. Yerel seviyede sağlanan sosyal bakım hizmetleri. Esasen aynı şekilde olan bu müdahale alanı, belediyeler tarafından yönetilir. Sosyal bakım hizmetleri, yaşlılar için bakımevleri veya yarı bakımevi kurumları gibi kurumlarda veya ev temelli bakım hizmetleri şeklinde sağlanır. Aynı müdahalelerin yanında, belediyeler tarafından sağlanan bazı sınırlı nakit yardımları vardır; ve
4. INPS tarafından sağlanan malullük aylıkları, LTC sisteminin bir parçası olarak dahil edilebilir çünkü bunlar, bilfiil, bağımlı kişiler için uzun vadeli bir gelir destek mekanizmasıdır.

Evde Bakım



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu, kişisel bakım, evde bakım, yemekler gibi sosyal öneme ve ayrıca kıdemli bir vatandaş için kendi evinin rahatlığında sağlanabilen tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı gibi sağlığa verilen öneme sahip bir hizmeti kapsar. Entegre evde bakım hizmetleri, yaşlı bir kişiyi evinde mümkün olduğunca tutmayı amaçlar. İtalya’da yaşlılar için evlerinde bakım sağlamaya odaklanan birçok hizmet vardır ve bunlar ya hizmetler (aynı) ya da nakit yardımları şeklinde özetlenebilir. Pratisyen Hekim (GP) veya aile doktoru, yaşlılar ve akrabaları tarafından en önemli referans noktası olarak görülür. GP’ler, evde hastane hizmetine ve evde entegre bakıma yetki verenlerdir⁶⁵. Tüm kamu harcamalarının yaklaşık %82’si kamu bakımına ayrıldı (nakit ve aynı hizmetler). Resmi bakımla ilgili olarak, evde yardım ve sağlıkla ilgili olarak evde bakım arasında bir fark yoktur. 90’ların başında %2 olan evde bakım hizmetlerini kullanan yaşlıların yüzdesi, 2010 yılında sadece yüzde 5’in üzerine çıkmıştır.

Hizmetler:

1- **Entegre Evde Bakım:** evde yardım ve evde sağlık bakımının (örneğin fizyoterapi ve doktor ziyaretleri) yaşlılar için kendi evlerinde sağlanmasıdır. Sağlıkla ilgili hizmetlerde ihtiyaç hesabı yapılır ancak bunlarda bütçe hesaplı değildir ve ücretsiz olarak sağlanır. Evde entegre bakım sağlama sorumluluğu, merkez bölgeye aittir.

⁶⁵ Gagliardi ve diğerleri, 2013



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2- Evde Yardım: Bu hizmetten belediyeler sorumludur ve kurallar her Belediyede farklılık gösterir, bununla beraber, evde yardımda genel olarak hem sürekli bakım ihtiyacına göre ihtiyaçlar hesaplanır, hem de gelir ve varlıklara göre bütçe hesaplıdır; kullanıcının bir ücret ödemesi gerekebilir. Belediyeler, evde bakımı, sağlık bakım hizmetleriyle bütünleştirmeden, sosyal hizmetleri (SAD) yoluyla sağlar. Bazı bölgelerde, bölgesel hükümlerin uygulanması, belediyeler tarafından sunulan sosyal hizmetlerin, yerel sağlık makamlarınca (ASL'ler) sunulanlarla bütünleşmesine imkân tanımıştır. Sosyal hizmetler tedariki, nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak kadar yeterli değildir ve İtalya'daki bölgelerde aşırı derecede farklılık gösterir. Bir bütün olarak, 65 yaş ve üzeri kişilerin %4,9'u evde bakım, %3,2'si evde sağlık bakımı (bu kişilerin %0,6'sı da sosyal hizmetler alır) ve %1,7'si (tek başına) sosyal hizmetler alır.

Nakit Yardımları

Başlıca LTC tipinden gelen nakit yardımları, İtalya'da yaşlılar için sağlanır. Örneğin, 2008 yılında İtalya'da 80 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %24'ü Ulusal Bakım Ödeneği aldı. Yerel makamlar – birçok belediye ve ayrıca vilayetler ve bölgeler – tarafından fon sağlanan nakit yardımları, İtalya'daki bölgeler arasında büyük oranda farklılık gösterir. İtalya'da merkezi devlet kalite yönetmeliğine katılmaz çünkü merkezi hükümetin sorumluluğu, bakıma yönelik başlıca nakit yardımını finanse etmekle sınırlıdır. Bunun sonucunda, tüm bölgeler arasında kalite yönetmeliği açısından oldukça büyük farklılıklar ortaya çıkar.

İtalya'da, birkaç bölge bu planları şimdiye kadar geliştirmiş olsa bile, akrabaları desteklemek amacıyla hane halkları için nakit yardımlarına ilişkin herhangi bir ulusal mevzuat yoktur. Bu nakit yardımları, esasında akrabaları – tipik bir şekilde yaşlı kişinin eşleri veya kızları/oğulları – desteklemek için bir önlem olarak düşünüldü, ancak şimdi bunlar daha çok evdeki özel yardımcıları ve bakıcılara ortaklaşa fon sağlamayı hedefler. Aile Yardımcıları (veya benzeri)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

şeklinde eğitime katılmış olan çalışanların kapsamı genişlemesine rağmen, evdeki yardımcılarının büyük bir kısmının hâlâ resmi bir yeterliği yoktur.

Kamu tarafından finanse edilen evde bakıma belgelerin ve “yarı piyasaların” getirilmesi, son 15 yıldır ilerlemektedir. Bu fikir, müşterinin, kullanıcıların ve ailelerin nakit yardımlarını kullanarak daha yüksek derecede seçim hakkına sahip olduğu, birbirleriyle rekabet eden birkaç sağlayıcıyı içerecektir. Ne var ki, “yarı marketler” İtalya’da sadece birkaç alana getirilmiştir. Özetle, nakit yardımları, aşağıdakiler dahil olmak üzere çeşitli şekillerde olabilir:

1- Refakatçi ödemesi: Bu, merkezi hükümet tarafından finanse edilen ve yaşlarına bakmaksızın, ihtiyaçlarına dair bir değerlendirmeye dayalı olarak ağır engelliler tarafından kullanılabilen ve talep sahibinin maddi koşullarını hesaba katmadan yapılan bir ödemedir. 2011 yılında, bu miktar ayda yaklaşık 487 avroydu⁶⁶. Gerçek kullanımına ilişkin herhangi bir kontrol yoktur ve bir bakım planı yapılmaz. Bunlar, merkezi devlet tarafından finanse edilir ve yönetilir. Kendi kendilerine yetmedikleri değerlendirilen yaşlılar (başka bir deyişle, bir refakatçinin yardımı olmadan yürüyemez halde olanlar veya günlük hayatta faaliyetlerini yerine getiremeyen, sürekli bakıma ihtiyaç duyan ve huzurevinde bakılmayanlar) sadece engellilikleri temelinde bakım ödeneği almaya hak kazanırlar.

2- Yerel bakım ödenekleri: Bunlarda hem ihtiyaçlar hem de bütçe hesaplanır, sınırlı ekonomik kaynaklara sahip, oldukça bağımlı yaşlılar için kullanıma hazır hale getirilir. Bunlar, hem Bölgeler, hem de Belediyeler tarafından finanse edilir ve yönetilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Huzurevinde Bakım

Bu hizmetler, engelliler için sağlık bakımı, sosyal bakım hizmetleri ve işlevsel rehabilitasyon sağlamak üzere küçük gruplar halinde organize edilmiş huzurevi yapılarını kapsar. Bakımevlerindeki destek personeli, genellikle doktorları, hemşireleri, sosyal hizmet çalışanları ve psikologu içerir. Bakımevlerinde kalan yaşlı hastalar, durumlarına bağlı olarak, kapsamlı ve yoğun bakım alabilir. Bunlar, huzurevleri veya bakımevleri şeklinde olabilir ve Bölgeler ve Belediyeler tarafından yönetilir. Bölgeler, kendi huzurevinde bakım yapılarını organize ve finanse etmekle yetkilidir, sağlık sistemi maliyetlerin bir kısmını finanse eder ve kullanıcılar kesintilerle katkıda bulunurlar. Belediyeler, huzurevinde bakımın “sosyal” kısmını sağlar. İtalya’da, huzurevinde/kurumsal hizmetin başlıca üç türü vardır ancak tüm İtalyan yaşlıların yaklaşık %3’ü buralarda yaşamaktadır ve bu yüzde geçtiğimiz on yılda hiç değişmemiştir.

⁶⁶ LIVINDHOME, 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

1- **Bakımevleri:** geçici ve sürekli özelliğe sahiptirler ve ortak bir bağımsız yaşama anlayışıyla birlikte, sosyal entegrasyonu serbest zaman ve kültürel faaliyetler yoluyla teşvik eder.

2- **Korumalı Evler ve Toplum Kökenli Ortamlar:** esasen bağımlı yaşlılar için tasarlanmış bu tesisler, uzman tıbbi ve bakım personeline sahiptir. Sağlanan performans, sosyal açıdan ve açısından oldukça entegredir ve sakinlerinin bilişsel ve fiziksel kabiliyetlerini mümkün olduğunca arttırmak amaçlanır.

3- **Sosyal Sağlık Huzurevi Yapıları:** tıbbi hizmetler, bakım ve rehabilitasyon hizmetleriyle özel bakım ve desteğe ihtiyaç duyan bağımlı yaşlılar veya engelliler içindir.

Ayrıca, farklı toplum kökenli ortamlara entegre olmuş *Gündüz Bakımevleri* de vardır. Bunlar, bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların gün içinde çeşitli tıbbi ve sosyal destek almak üzere günlük bakım merkezlerine gittikleri yarı huzurevi yapılarıdır. Bunlar, Bölgeler ve Belediyeler tarafından ortaklaşa organize edilir. Bununla beraber, İtalya’da bu hizmetler nadiren mevcuttur. 2010 yılında yaklaşık 12.500 yaşlı İtalyan’ın bu yarı huzurevi ünitelerini kullandığı ve her kullanıcı için harcanan ortalama yıllık miktarın 500 avro olduğu tahmin edilmektedir⁶⁷.

Sosyal Destek Ağları (Sosyal Sermaye)

İtalya, ailenin oldukça önemli olduğu ve bağların sürekli güçlendiği, karşılıklı ve sürekli manevi ve maddi desteğin ve güçlü bağların yer aldığı bir ülke olarak görülür Yaşlılar açısından, çocuklara yakınlık, birbirlerine evde yardımcı olmayı kolaylaştırır. Birçok İtalyan, yaşlı ebeveynlerin bakımlarının evlatları tarafından ödenmesi gerektiğini düşünür ve bu görüşü birçok Güney Avrupa ülkesi paylaşır (bakınız Tablo 1).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

⁶⁷ Zanon, D., ve Gregori, E. 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 1 Yaşlıların akrabalarının kendilerini bakım masraflarına adanmaları gerektiğini ve çocukların güçsüz ebeveynlerinin bakımları için ödeme yapmaları gerektiğini düşünen yetişkin vatandaşların yüzdesi, Eurobarometer 2007

Ülke	% Akrabaların kendilerini adanmaları gerektiğini düşünenler	% Çocukların bakım ücretini ödemesi gerektiğini düşünenler
Fransa	61	48
Almanya	63	31
İtalya	73	68
Portekiz	82	55

İtalya’da, sivil toplumu sosyal hizmet reformunun ön planına alan bir sosyal kooperatifler modeli ortaya çıkmıştır. Burada, sosyal kooperatifler, sivil toplum değerlerini devlete ve sistemlere karşı belirgin bir alternatif olarak ileriye götüren bakım modelleri icat ederler. Sosyal kooperatifler, tüm kooperatifler gibi kontrol haklarını paydaşlara ve üyelere iletmek için tasarlanmıştır. Bu bağlamda, esasen kârın dağıtımı üzerindeki kısıtlamayla tanımlanan diğer kâr amaçlılardan farklıdır. Bir kooperatif yapısında, hem kültürü, hem de kurumun operasyonlarını tanımlayan, üye kontrol ve kooperatif mülkiyeti unsurudur. İtalya örneğinde, sosyal kooperatifler 1980’lerde başladı ve bakıcılarla engellilerin aileleri tarafından engellilere devletin sağlamadığı hizmetleri sağlamak için kuruldu. Birçok sosyal kooperatif, kamu kaynaklarını, işgücü maliyetlerini telafi eden ve iş mevzuatının uygulanması açısından diğer işletme şekillerinden daha fazla esnekliğe sahip işletme sübvansiyonları şeklinde alır.

LTC Hizmetleri Yönetmeliği ve Standartları

Huzurevinde ve Yarı Huzurevinde Bakım Hizmetleri: Mesleki profillere ilişkin spesifik gereklilikler, bölgesel seviyede tanımlanır. Genel olarak, yasal açıdan yetkilendirilmek için, huzurevinde LTC hizmetlerinin, tıbbi olmayan personel yanında, en azından çoğunluğu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Operatore Socio Sanitario (Sosyal ve Sağlık Bakım Görevlisinden) ve azınlığı daha düşük yeterliklere sahip olabilenlerden oluşması gerekir.

Resmi evde bakım hizmetleri (yerel makamlar tarafından sağlanır): Gereklilikler, bölgesel seviyede tanımlanır ve büyük oranda farklılık gösterir. Genel olarak, çalışanlar, Operatore Socio Sanitario (Sosyal ve Sağlık Bakım Görevlisini) ve ayrıca daha düşük yeterliklere



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sahip olanları veya hiç olmayanları kapsar.

Gayri resmi evde bakım hizmetleri (göçmen işçiler dahil olmak üzere, hane halkları tarafından özel olarak satın alınır): Bazı belediyeler, bu hizmetleri satın almak için ekonomik yardım sağlanmasıyla Aile Yardımcısı (veya benzeri) niteliği olan kişilerin istihdamı arasında bağlantı kurmaya ve bu sektörde çalışanların niteliklerini yükseltmeye başlamış olsa bile, yasal bir gereklilik yoktur.

Yaşlı Bakımının Tedarikinde Ortaklaşa Çalışma ve Farklı Paydaşların Rolü

LTC hizmetlerinin organize edilmesine doğrudan dahil edilen aktörler, belediyelerden, yerel sağlık makamlarından (aziende sanitarie locali, ASLs), sosyal hizmet sağlayıcılarından ve Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsünden (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS) oluşur, ancak diğer oyuncular, bu hizmetlerin planlanmasına ve bunlar için fon sağlanmasına dahil edilir – başka bir deyişle, merkezi devlet, bölgeler ve vilayetler. Ayrıca, İtalya’da, LTC harcamasının önemli bir kısmına doğrudan hane hakları tarafından fon sağlanır. Buna ek olarak, bakımın büyük bir kısmı hâlâ bilhassa kamu hizmetlerinin daha az ileri düzeyde olduğu bölgelerdeki ve özel hizmetlerin maliyetini ödeyemeyen ailelerdeki gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanır.

İtalyan Anayasası uyarınca, sağlık, garanti altına alınmış bir haktır ve 1978 yılında kurulan SSN (bir sağlık sigortası fonları sisteminin yerini alır), genel vergilendirmeye finanse edilen, tek biçimli ve kapsamlı bakım sağlamayı amaçlar. SSN’de geçtiğimiz 20 yılda önemli reformlar yapılmıştır ve bu reformlara, halk politikası sorumluluklarının ara bir hükümet seviyesine (21 bölge) dağıtılması dahildir. Merkezi hükümetin, sistemin tümündeki kuralları ve ülkenin tümünde garanti altına alınması gereken sağlık hizmetlerini belirleme yönünde münhasır yetkisi vardır. Merkezi hükümet sıklıkla (maksimum yatak/sakin oranı ve eczacılık harcamalarda tavan gibi) yükümlölükleri ve parametreleri zorunlu kılrsa bile, bölgeler, tüm



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

ASL'lerde (yerel sağlık makamları) kamunun finanse ettiği sağlık bakımının organize ve idare edilmesinden sorumludur. Bununla beraber, yüksek borç seviyelerine sahip olan ve SSN açıklarını zapt edemeyen bölgelerde, merkezi hükümetle üzerinde anlaşmaya varılması ve merkezi hükümetin sıkı kontrolü altında uygulanması gereken bütçe denge planları yapılmalıdır. Merkezi hükümet, hizmet tedarikinin izlenmesinden sorumludur, ancak aslında



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bu alanda somut hareket eksikliği vardır. Bölgeler, özel onaylanmış sağlayıcılarla ilgili kalite kontrolden de sorumludur.

ASL'ler sağlıkla ilgili evde bakım hizmetlerinin (bakıcılık, fizik tedavi, uzman ve GP ziyaretleri, vb.), huzurevinde sağlık bakımı ve yaşlılar için diğer uzun vadeli bakım hizmetlerinin (örneğin, hastanede uzun vadeli yatışlar ve hastanede veya diğer huzurevi ortamlarında rehabilitasyon kalışları) sunulması veya satın alınmasıyla görevlidir. Sağlık toplum hizmetleri, ASL'lerin yerel bir telaffuzu olan ilçe sağlık tarafından yönetilir. ASL'ler, kamudaki sağlayıcılar ve özel onaylanmış sağlayıcılar (örneğin, huzurevi hizmetleri) tarafından hastalara sunulan sağlık hizmetlere fon sağlar. Bölgeler, birçok durumda kalınan gün başına ödenen bir ücrete dayalı olan huzurevi hizmetleri için ödeme sistemlerini belirler. Hastalar, prensip olarak kamu veya özel, onaylanmış sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında seçim yapmakta serbesttir.

Kişisel sosyal hizmetlere kamu sektörü tarafından sağlanan fon hâlâ yetersizdir ve İtalya'nın bölgeleri arasında, sağlanan hizmetlerin kalitesi ve miktarı açısından muazzam farklılıklar vardır. 328/00 sayılı Kanuna göre, bölgeler, sosyal hizmetleri planlama ve koordine etme işlevlerini yerine getirir ve ayrıca uygulamayı izler. 2000 yılında, birçok bölge, sosyal hizmetlere ve diğer planlama belgelerine dair çerçeve kanunları onayladı veya değiştirdi ve planlama ve yönetim sorumluluklarını çeşitli şekillerde ve ölçülerde belediyelerle (veya birlikleriyle) paylaştı ⁶⁸. Hizmetlerin sunumu, genellikle bölgesel mevzuatla düzenlenir, ancak aynı bölge içinde bile, sağlanan hizmetler, belediyeler arasında büyük oranda farklılık gösterir. Bunlardan sonuncusu, kişisel sosyal hizmetlerin planlanmasından ve yönetilmesinden sorumludur ve bu hizmetleri ya doğrudan sunar, ya da özel sağlayıcılara taşere eder. Belediyeler tarafından sağlanan LTC hizmetleri, evde yardım (bakım) hizmetlerini ve huzurevinde sosyal bakımı kapsar.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Tüm İtalyan Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

İtalya'nın LTC sistemi, Güney Avrupa ülkelerinde belirgin bir aile bakım modelini temsil eder. Yaşlılara yönelik bakımın büyük bir kısmı, aileler tarafından gayri resmi bakıcılar şeklinde tedarik edilir ve farklı şekillerde nakit yardımlarıyla kolaylaştırılır. Yaşlıların sadece küçük bir kısmı özellikle huzurevinde bakım hizmetleri olmak üzere resmi özel hizmetlere ve kamu hizmetlerine güvenir. Yaşlılara yönelik resmi LTC hizmetleri, üç tür resmi yardımı içerir:

⁶⁸ [Giorgi ve Ranci Ortigosa, 2008](#)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

toplum sağlığı, huzurevinde bakım ve nakit yardımları. İtalyan Refah Devletinin temel özelliği, “bakım için nakit” yönelimlidir, resmi yaşlı bakım hizmetlerinin marjinal rolünü telafi eder ve bağımlı kişiler, kendilerine baktırabilirler ve bakıcıların ve kişisel yardımcılarının istihdam edilmesi için Devletin ve Yerel Makamların ödediği ödenekleri kullanabilirler. LTC politikasında son on yılda yapılan en büyük değişiklik, kişinin ihtiyaçlarının değerlendirilmesine dayalı olan ve talep sahibinin maddi koşullarına bakmaksızın ödenen ve vergilendirme yoluyla merkezi hükümet tarafından finanse edilen ‘refakatçi ödemesiyle’ ilgiliydi. Dört refakatçi ödemesinin yaklaşık üçünü yaşlılar alır. İtalya’da, özel sektörde kullanılan bakıma yönelik bir vergi muafiyeti, yaygın şekilde kullanılan nakit yardımıyla birlikte, aileler tarafından yaşlıların bakımı için işe alınan göçmen işçilerin sayısında büyük bir artışın meydana gelmesini sağladı.

Merkezi hükümet tarafından genel vergilendirmeden fon sağlanan ulusal nakit yardımı planı, evrensel bir müdahaledir ve ne sosyal güvenlik katkılarının ödenmesiyle bağlantılıdır, ne de bütçe hesaplıdır. Bu nakit yardımı için uygun özellikleri taşıyanlar i) %100 engelli ve bağımlı, başka bir deyişle, bir refakatçinin sürekli yardımı olmadan yürüyemeyenler veya günlük hayat faaliyetlerini yerine getiremeyenler ve sürekli yardıma ihtiyaç duyanlar şeklinde değerlendirilmelidir; ii) masrafların kamu idaresine yazdırıldığı bir huzurevi kurumunda yer almamalıdır. Bu nakit yardımı, her ay sağlanır; faydalananlar, bunu LTC hizmetlerini satın almak için kullanma veya kullanmama hususunda serbesttir.

Bölgeler, vilayetler ve çoğunlukla belediyeler, bağımlı bireylerin hane halkları için diğer nakit yardım biçimlerine fon sağlar, ancak bu nakit yardımları, tüm İtalyan coğrafi bölgelerinde hem seviye, hem de nitelik açısından büyük bir farklılık sergiler. Bu nakit yardımları, satın alma hizmetleriyle bağlantılı olabilir veya olmayabilir. Bu tür nakit yardımları, İtalya’nın bazı kuzey bölgelerinde giderek önem kazanmaktadır ve 1980’lerin sonunda sağlanmaya başlamıştır. 1990’larda daha da yaygınlaşarak esasen ev temelli bakımı desteklemişlerdir. İtalya’nın, akrabaların bakımını desteklemek amacıyla hane halkları için nakit yardımlarına ilişkin ulusal mevzuatı yoktur. Bu nakit yardımları, aslında akrabaları – tipik bir şekilde, yaşlı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

kişinin eşlerini veya kızlarını/oğullarını – desteklemek için bir önlem olarak düşünülmüştü, ancak şimdi daha çok evdeki özel yardımcıları ve bakıcılara ortaklaşa fon sağlamayı hedeflemektedir. Bölgesel ve yerel LTC hizmetlerine ve nakit yardımlarına hak kazanma kriterleri, uyumlu hale getirilmemiştir. Genellikle, değerlendirme birimleri, ihtiyaçları çok boyutlu olarak değerlendirmeyi üstlenmenin yanında, ev temelli hizmetlere veya huzurevi hizmetlerine erişebilirlik hakkında karar verir. Sosyal hizmetlerle görevli belediyenin (veya belediye birliklerinin) üyeleri, değerlendirme birimine dahil edilir ya da ASL ile anlaşmalı olarak çalışır. Değerlendirme, hem sağlık faktörleriyle, hem de sosyal faktörlerle ilgilidir. Mali duruma, sıklıkla ISEE (geliri ve varlıkları bir araya getirerek hane halkının ekonomik durumunu değerlendirmeye yarayan bir araç niteliğindeki Eşdeğer Ekonomik Durum Göstergesi) ile değer biçilir. Nakit yardımları için erişim kriterleri, bazı durumlarda yerel seviyede (belediye veya ASL) belirlenirken, diğer durumlarda, bölgelerce veya birleşik halde tespit edilirler (bölgeler, bir ISEE eşliğini ve bazı kapsamlı değerlendirme kriterlerini belirler).

İtalya'daki LTC modeli, yüksek düzeyde kurumsal parçalanmayla nitelendirilir çünkü finansman, yönetim ve yönetim sorumlulukları yerel (belediyeler) ve bölgesel makamlara yayılmıştır ve her bölgenin kurumsal modelleri açısından yaklaşımlar mevcuttur. Ayrıca, İtalya'da LTC harcamasının önemli bir kısmı doğrudan haneler tarafından finanse edilir. Bölgeler ve alanlar arasında hem finansman seviyeleri, hem de sağlanan hizmetlerin yapısı açısından büyük bir farklılık vardır. İtalya'da, tek bir ulusal LTC sisteminden ziyade birçok bölgesel LTC sistemi vardır. Genel olarak, İtalya'nın kuzeyinde LTC içinde resmi hizmet kültürü daha yaygındır ve bu durum kısmen kadınların iş piyasasına yüksek seviyede katılmasından kaynaklanır. Bazı kişilere göre⁶⁹ LTC'de kapsamlı bir ulusal reform yapmanın önündeki başlıca engel, İtalya'nın yüksek seviyedeki kamu borcu söz konusu olduğunda, insanların algılarında daha doğrudan ve ani bir etkiye sahip mali yardımlar veya nakit yardımları (veya her ikisi) gibi haneleri desteklemeye yönelik alternatif politikaların siyasi açıdan tercih edilmesiyle birlikte, finansmandır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İtalya’da, kamu sosyal hizmetleri, İtalya’nın bazı bölgelerinde kemer sıkma önlemlerinden şiddetle etkilenmiştir. Aileleri ve yaşlıları hedefleyen önlemler ve politikalar önemli bölgesel ayrılıklarla nitelendirilir. Avrupa’daki bir rapor, tüm ülkede topluma dayalı hizmetlere yatırım yapmanın ve ortak kalite standartlarını ve değerlendirmeleri hayata geçirmenin İtalya için önemli olduğu sonucuna varmıştı. Bir sosyal yatırım yaklaşımına dayalı olan bu süreç, hem hayat kalitesinde, hem de yaşlılar için sunulan destekte bir fark yaratabilir. Nakit transferi yerine evde daha iyi hedeflenmiş bir desteğe ve sosyal içermeye bilhassa ihtiyaç vardır. Bu

⁶⁹ Tediosi ve Gabriele, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

bağlamda, eğitimin, kalite standartlarının ve ihtiyaç analizlerinin iyileştirilmesi, çok önemlidir.

İtalya'daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Avrupa bağlamında, İtalya, evde bakım kullanıcılarının ve kurumlardaki yaşlı hastaların yüzdesinin düşük olması, öte yandan ulusal LTC nakit yardımlarının daha kapsamlı olması açısından birçok farklılık sergiler. Kamu tarafından sağlanan evde bakım hizmetleri, İtalya'da artmıştır ama h   Avrupa'daki en düşük düzeylerden birindedir. İtalya da aile üyelerinin ve yabancı ücretli bakıcıların yaşlılara yardıma daha çok katılım sağladıkları Avrupa ülkelerinden biridir. Kurumlardaki (hastaneler dışında) LTC yatakları tedariki İtalya'daki 65 yaş ve üzeri nüfusun %2'si ile İsveç'teki %8'lik oran arasında farklılık gösterirken, İtalya'da %5'in altında ve Norveç'te %20 olan kurumlarda veya evlerde bakılan yaşlı yüzdesi nedeniyle, İtalya, hem huzurevinde hem de evde bakım kullanımı açısından en düşük oranlara sahip ülkelerden biridir. Bu nedenle, İtalya'nın LTC sistemi, birçok Avrupa ülkesine kıyasla, yüksek derecede kapsamlı bir sosyal güvence ve sağlık müdahalelerine dayalı resmi sosyal bakım hizmetlerinin mevcudiyetinden mahrumdur.



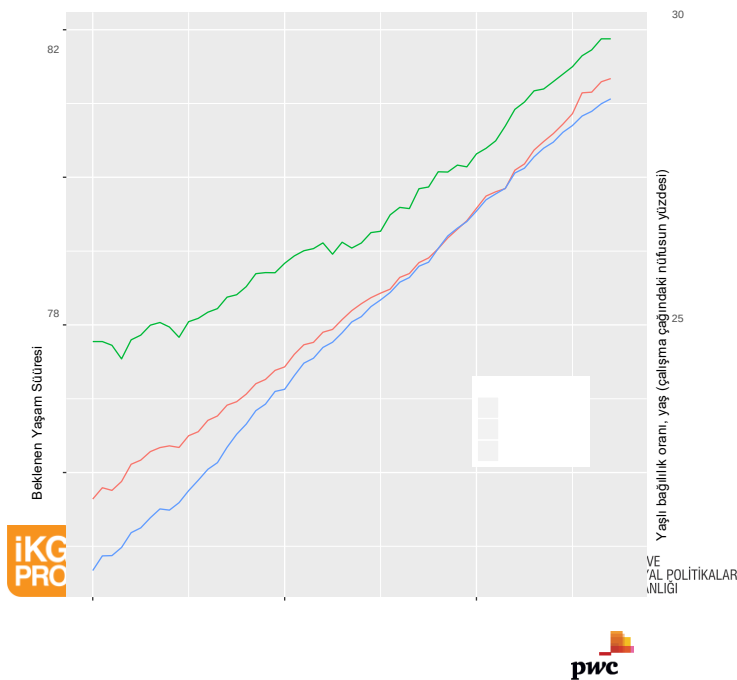
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 3: Norveç'teki Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: Norveç'te Yaşlanmak

Norveç'in beş milyonluk (2011) nüfusu, nispeten azdır ancak nüfusu yaşlanmaktadır ve 65 yaş ve üzeri nüfus oranının 2011 yılında 20-64 yaşlarındaki nüfusun yaklaşık yüzde 30'unun 2050 yılına kadar yaklaşık yüzde 60'ının üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir. Norveç, nüfus yaşlanmasıyla başa çıkma bakımından diğer birçok ülkeye göre bazı açılardan daha iyi bir yere sahiptir. Öncelikle, hükümet önemli petrol gelirlerine ve kapsamlı mali varlıklara sahiptir. İkincisi, Norveç 2011 yılında OECD bölgesindeki 55-64 yaş aralığındaki işçiler için yüzde 69,6 ile dördüncü en yüksek istihdam oranını sahiptir⁷⁰. Şekil 7'de 1960 ila 2016 yıllarındaki AB ortalamasına ve OECD ülkelerindeki ortalama kıyasla Norveç'teki ortalama beklenen yaşam sürelerinde ve yaşlı bağımlılık oranlarında yer alan eğilimler gösterilmektedir. Norveç, 1960'lardan beri AB ve OECD ortalamasından daha yüksek bir beklenen yaşam süresine sahip olmuştur ve olmaktadır. Bununla beraber, geçtiğimiz on yılda Norveç'teki yaşlı bağımlılık oranı, AB ortalamasının altına düşmüş ve OECD ülkeleriyle eşit hale gelmiştir.

Şekil 7 Norveç'te 1960 ila 2016 arasında doğuştan ortalama beklenen yaşam süresiyle yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

74

20

70

15

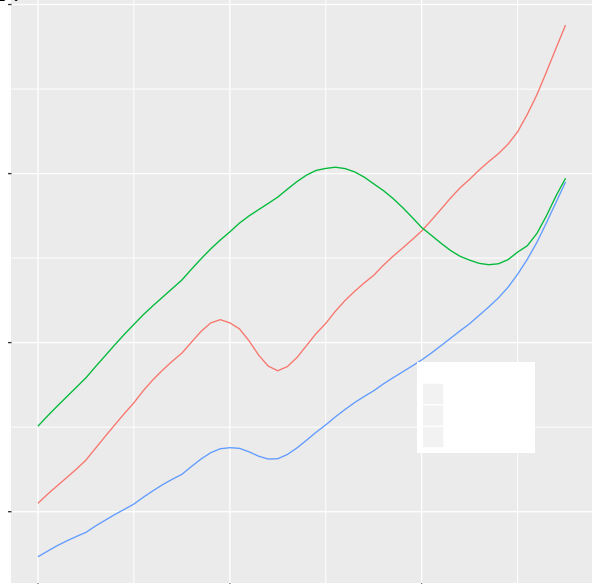
M. Ismail, Analytical Research Ltd

M. Ismail, Analytical Research Ltd

1960 1980 2000 Yıl

1960 1980 2000 Yıl

⁷⁰ OECD, İstihdam, Çalışma ve Sosyal İşler Müdürlüğü 2014

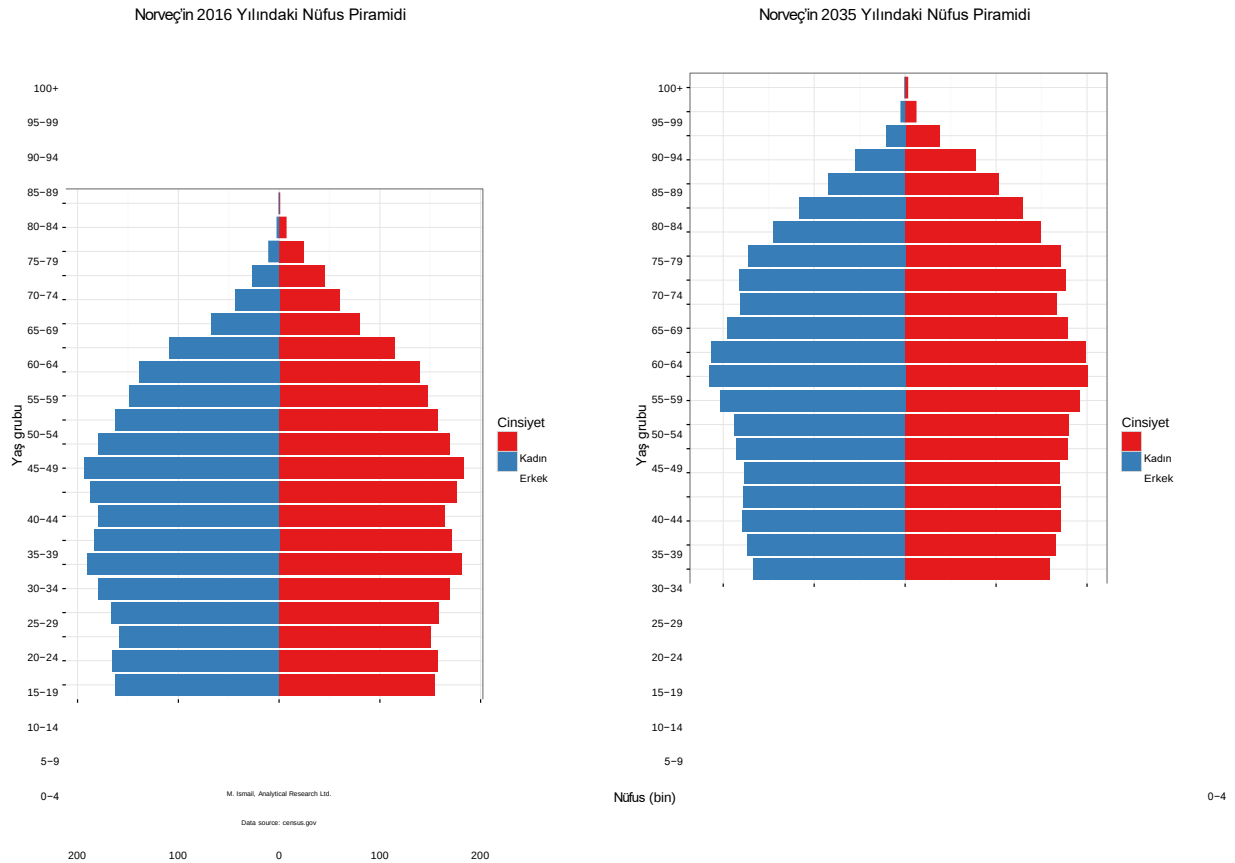




Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Doğurganlık, ölüm ve göçteki demografik değişiklikler, Şekil II.2'deki nüfus piramitleriyle temsil edilen Norveç'in hâlihazırdaki ve tahmin edilen nüfus yapılarına yansır. Nüfus piramitlerinde açıkça gösterildiği gibi, Norveç, değişen nüfus yapısı ve özellikle daha ileri yaşlılar (80+) olmak üzere artan yaşlı oranıyla birlikte bir nüfus yaşlanması sürecinden geçmektedir. Ne var ki, Norveç'teki nüfus eğilimleri, diğer birçok OECD ülkesindeki eğilimlerden biraz farklılık gösterir gibi görünür çünkü 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı 1990 yılında %16 ile zirveye ulaşmış ve o zamandan bu yana halihazırdaki seviyelerine doğru sürekli gerilemiştir. Tahminler, 80 yaş ve üzeri nüfusun 2040 yılına kadar iki katına çıkacağını göstermektedir.

Şekil 8 Norveç'in 2016 ve 2035 yıllarındaki nüfus piramidi





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

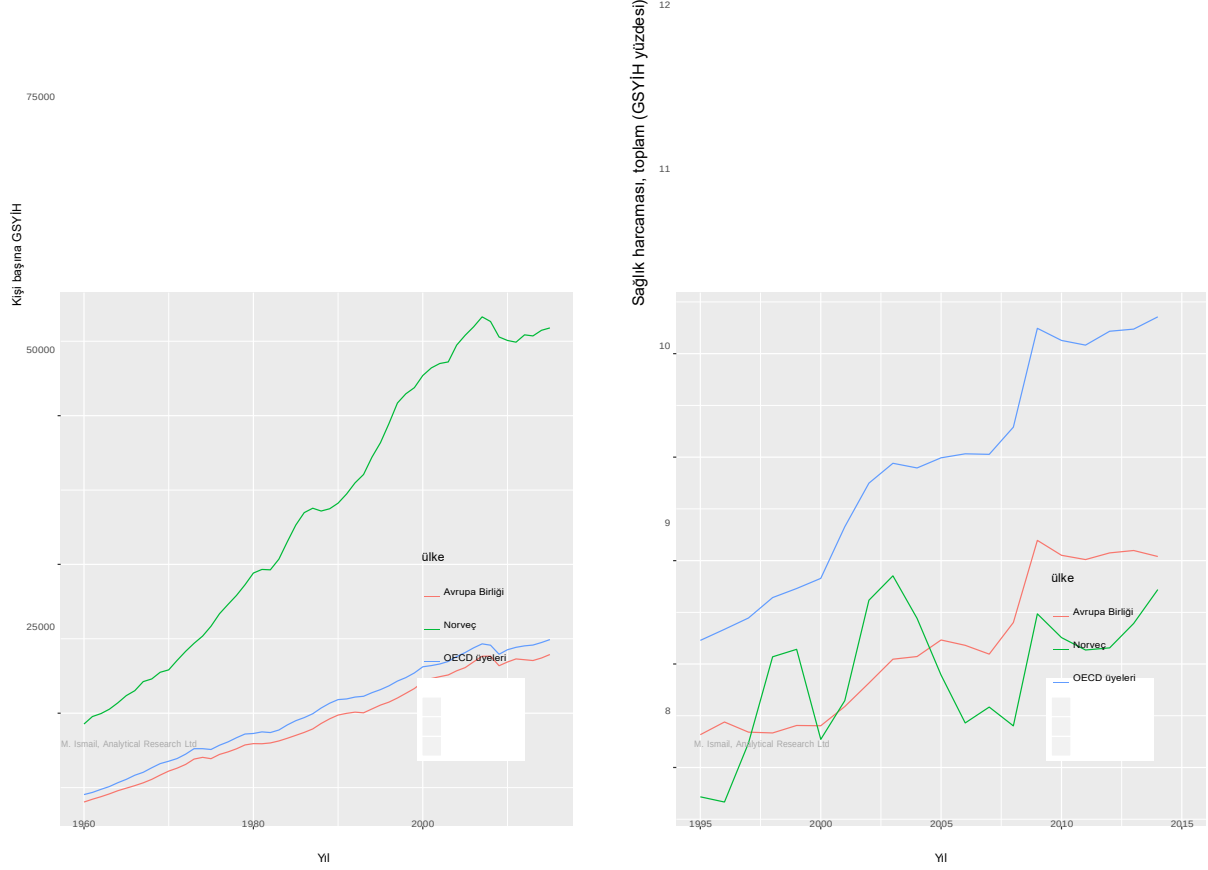


Norveç, 2008 yılında GSYİH'nin %2,2'sini uzun vadeli bakıma harcarken, GSYİH'nin %2'si kamu tarafından sağlıkla ilgili LTC için harcanmıştır. Şekil II.3'te AB ve OECD ülkelerine kıyasla Norveç'te 1960'tan 2016'ya kadar devam eden kişi başına GSYİH eğilimleri ve sağlık harcamalarındaki eğilimler gösterilmektedir. Norveç, Avrupa'nın en zengin ülkelerinden birisidir ve bu, diğer ülkelere kıyasla kişi başına çok daha yüksek miktardaki GSYİH'ye yansır. Oldukça yüksek düzeydeki GSYİH söz konusu olduğunda, toplam sağlık harcaması (GSYİH yüzdesi olarak) diğer ülkelerin ortalamasından düşüktür çünkü bunlar çok daha büyük miktarlarda parayı temsil eder (Bakınız Şekil 9).



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 9 AB ve OECD ortalamasına kıyasla 1960 ila 2016 arasında Norveç'te kişi başına GSYİH ve GSYİH'nın yüzdesi açısından sağlık harcamasında yer alan eğilimler



Norveç'teki Uzun Vadeli Bakım Politikası

Norveç, cömert bir refah modeline sahip olması açısından uluslararası üne sahiptir, vergiye dayalı ve evrensel bir kamu uzun vadeli bakım (LTC) programını kapsayan sosyal demokrat bir refah rejimi uygular. LTC hizmetlerinin tümü geleneksel olarak aynı şekilde sunulmuş, kısa süre önce doğrudan ödemeler (bakım için nakit) programları getirilmiştir (*Bakım Maaşı*). Bu sonuncusu, bakım yardımını kapsamak üzere kişisel bir bütçe sunması açısından spesifik ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

resmi kurumun sağladığı bakımdan daha iyi bir seçenek sağlamak üzere yerel makam (belediye) tarafından sunulur ve karar verilir⁷¹. Bu sistem, ulusal vergilerle finanse edilir ancak yerel seviyede yürütölür ve gereken bakıma dayalı olarak kesintiler gerektirebilir. LTC, hem ulusal hem de yerel vergilendirmeye finanse edilir. Ulusal vergiler, yerel hükümete transfer edilir. Standartlaştırılmış bir bütçe hesaplı sistem yoktur.

Bakım sağlayan birçok kurum, belediyeye bağlıdır. Çeşitli kalite yönetmelikleri vardır ancak bunlar personel-hasta oranlarına ilişkin yasal gereklilikleri karşılamazlar veya bakıcılar için gereken vasıfları belirtmezler. Vasıfsız ve vasıflı işçiler için iki farklı seviyede kamunun finanse ettiği eğitim programları vardır. Bir sağlıkçı için ticari bir sertifika belgesi sağlayan orta mesleki eğitim, iki yıl boyunca okula gitmeyi ve iki yıllık stajyerliği gerektirir. Daha fazla

⁷¹ Kişisel bütçeleri alanlar arasında yaşlıların sadece %2'si (65+) LTC alıyordu - Poole 2006



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

mesleki eğitim, yüksek eğitimi gerektirir. Örneğin bir bakıcılık belgesi üç yıllık teori ve pratik gerektirecektir.

Belediyeler (birincil sağlık bakımı), evde bakım hizmetlerinden, yaşlılar veya engelliler için bakımevlerinden, toplum hastanelerinden, aile hekimlerinden, anneler, çocuklar ve gençler için sağlık hizmetlerinden, ebelerden, fizik tedavi uzmanlarından, meslek hastalıkları uzmanlarından ve acil servislerden sorumludur. Hükümet (ikincil sağlık bakımı), genel ilçe hastanelerinin, üniversite hastanelerinin ve ayakta tedavi hizmetlerinin sahibidir ve bunları bölgesel sağlık makamları yoluyla işletir. Yaşlı bakımı tedarikinin sorumluluğu, Norveç'te merkezleştirilmiş değildir ve hizmetlerin tipini işletmeye ve belirlemeye dair ana sorumluluk, belediye seviyesindedir. Özel sektörün rolü sınırlıdır. Yaşlılar ve engelliler için evde bakım gibi belediye hizmetleriyle yaşlılar için bakımevlerinde yatılı bakım, maliyet paylaşımı tavanına dahil edilmeyen hizmetler arasındadır. Bakımevlerinde kalanlar, tipik bir şekilde gelirlerinin %75 ila %85'ini belediyelere öderler. Bununla beraber, kullanıcıların varlıklarının ve gelirinin hesaplanması sırasında mülk ve sabit varlıklar kullanılmaz.

Birincil derecede yaşlı bakımında, genellikle ev temelli bakım ve bakımevleri farkı vardır. Evde temelli bakım kullanıcıları, hizmetleri ya kendi evlerinde ya da özel olarak uyarlanmış mekânlarda alırlar. Belediyeler, haklarında yapılan değerlendirmelere ve yaşlıların veya akrabalarının talebine dayalı olarak, her kullanıcı için bakım seviyesine ve türüne karar verir. Belediyeler, bakımevlerini işletir ve ev temelli bakım sağlar ve ayrıca bireysel kullanıcılar için hizmet türünü ve bakım miktarını belirler. Özel alternatifler azdır ve birçok özel sağlayıcı, belediyeler için sözleşmeli olarak çalışır. Belediyeler, çok amaçlı makamlardır ve yaşlı sektörüne yönelik bakım, belediye bütçesi için diğer sektörlerle 'rekabet eder'. Belediye, bu bağlamda, Ulusal Sağlık Sistemi tarafından tasarlanan planları uygular. Belediyelerin görevi, bunu eyleme dönüştürmek, yaşlılar için evler, gündüz bakım merkezleri, vb. inşa etmektir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Norveç'teki yerel hükümetler için başlıca gelir kaynakları, vergilerden (cari gelirin %45'i), bağışlardan (%35) ve kullanıcılardan alınan ücretlerden (%15) oluşur. Geriye kalanı, faiz ve diğer gelirlerden oluşur. Diğer birçok ülkeye kıyasla, finanse etme sistemi, oldukça merkezileştirilmiştir. Yerel vergilerin yaklaşık %95'i, yürürlükteki vergi limitlerinin son 25 yıldır geçerli olduğu gelir ve varlık vergileridir. Cari gelirleri etkileme fırsatı, mülkiyet vergisiyle ve kullanıcılardan alınan ücretlerle sınırlıdır.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından, yerel makamlar, bakım için uygunluğun değerlendirilmesinde spesifik mutlak bir "kriter" kullanmaz. Bununla beraber, yaşlı bir kişinin ani yardımın ötesinde sağlık bakımı ve sosyal bakım gerektirdiği gösterilmelidir. Sosyal hizmetleri alabilmek için (evde kişisel ve pratik yardım, bakımevlerinde kısa vadeli konaklama, yaşlılar evinde kalmak veya isteğe bağlı nakit yardımları) yaşlı kişinin hastalık veya engel veya günlük faaliyetlerini yönetememesi sebebiyle bağımlılık gibi faktörler sebebiyle özel bir yardıma ihtiyacı olması gerekir. Evde bakım veya bakımevleri için sağlık ödemeleri gerekir. Bununla beraber, evde bakım ve tıbbi bakım için sağlık ödemeleri gerekmez. Yardımların çoğu aynıdır ancak bazı nakit yardımları da mevcuttur ama buna hizmet kullanıcının tercihiyle değil de yerel makam tarafından karar verilmelidir.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Yaşlı bakım hizmetleri, evde pratik bakımı, evde tıbbi bakımı, kurumsal gündüz ve gece bakımını, gayri resmi bakıcılar için gündüz yardımını, yardımcı cihazlar ve teknoloji tedarikini, gayri resmi bakıcılar için ekonomik desteği, sosyal temas yardımını ve engelliler için kişisel yardımı (kullanıcı organize eder) kapsar. LTC, üç tip ortamda sağlanır: hastaların evleri, bakımevleri ve belediyeler tarafından işletilen yaşlılar evleri. Uygunluk, belediyelerin (yerel hükümet) temsilcileri tarafından değerlendirilir. Belediyeler, kanunun belirlediği tıbbi ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

sosyal haklara göre yükümlölüklerini yerine getirmek için uygun gördükleri hizmetleri organize etmekte serbesttir⁷². Norveç Ulusal Sağlık Planında (2007-2010) yüksek kaliteli hizmetlerin mali duruma, sosyal statüye, yaşa, cinsiyete ve etnik kökene bakmaksızın *herkes* için ulaşılabilir olduğu belirtilir. Belediye Sağlık Hizmeti Kanunu (1982) belediyelerin tüm yerleşik halka ‘temel tıbbi hizmetler’ sağlamasını gerektirir ve Sosyal Hizmet Kanunu (1991 tarihli Kanun) belediyelerin kendilerine bakamayan yerleşik halk için ‘temel pratik yardım’ sağlamalarını gerektirir.

⁷² OECD 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlılar sektörü için bakım bünyesinde, kendi evlerinde (veya özel olarak uyarlanmış bir mekanda) bakım alanlar ve bakımevlerinde kalanlar olmak üzere, iki tür kullanıcı arasında ayırım yapılması, yaygındır. Bakımevlerinde kalanlar, ortalama olarak daha yaşlıdır ve işlev görme kabiliyetleri, ev temelli hizmetleri kullananlara göre daha azdır. Kullanıcıların yaklaşık %80'i ev temelli bakım almıştı ve hastaların %20'si, bakımevlerindeydi. Ev temelli bakım ve bakımevleri, oldukça bütünleşmiştir ve bu iki faaliyet üzerindeki kaynak kullanımını ayırmak zordur. Bu nedenle, uygun analiz seviyesi, yaşlı sektörü için toplamda, başka bir deyişle, ev temelli bakım ve bakımevlerinde bakımdır.

2011 yılında Norveç'te yaklaşık 1.000 bakımevi vardı⁷³. 1996 yılında %82 olan tek kişilik odaların sayısı 2011 yılında %97'ye çıktı ve iki kişilik odaların tek kişiliğe dönüştürülmesi sonucu yatak sayısında biraz azalma meydana geldi. Aynı zamanda, hemşirelik bakımı alanların sayısı arttı ve bu duruma kurumsallaştırılmamış bakım (evde veya gündüz bakım tesislerinde) tedarikindeki artış yardımcı oldu.

Evde Bakım

Norveç, Avrupa'nın en kapsamlı evde bakım sistemlerinden birisine sahiptir ve bunlar, merkezi hükümetin belirlediği bir mevzuat uyarınca yerel makamlar (belediyeler) tarafından sunulur. Norveç'teki evde bakım, evrensel sağlık ve sosyal bakım sisteminin önemli bir kısmını oluşturur. Evde bakım hizmetleri, 1960'ların başında, yaşlılar arasında ayrımcılığı önlemek amacıyla bir yaşlı bakım politikası kapsamında ortaya çıktı. Savaş sonrası politikanın temel fikirlerinden birisi, insanların güçsüzlüğe ve yaşlılığa rağmen topluma katılmalarını ve toplumda aktif bir rol oynamalarını sağlamaya yönelikti. Evde bakım sağlamanın, yeterli barındırma ve emeklilik sistemleriyle birlikte sosyal dışlanmayı önleyeceğine ve yaşlıların bağımsızlığını arttıracığına inanılıyordu⁷⁴. Kendi önlemlerini almaları gerektiği veya ailelerinin onlar için sağlamalarının beklenmesi temelinde hiçbir yaşlı dışarıda bırakılmaz.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Başlatıldığı 1960’lardan 1985’lere kadar, devlet fonu cömertti ve masrafları karşılama sistemi evde bakım tedarikinin kapsamını genişletmeye yönelik bir girişim olarak görev gördü. 1986

⁷³ Statistics Norway 2012

⁷⁴ Vabo 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yılndaki mevzuat değişiklikleriyle, çok çeşitli hizmetlerin sorumluluğu, bakım tedariki aısından entegre bir yaklaşımı teşvik etmek amacıyla belediyelere verildi. Amaç, insanlara tıbbi tedavinin, rehabilitasyonun ve bakımın bütünleştirici bir süreç içinde bir araya getirildiği bir sağlık bakımı düzenlemesi sunmaktır.

Eve dayalı bakımda, kullanıcılar aldıkları hizmet tipi temelinde üç gruba ayrılır. Birinci grup, pratik yardım alan kullanıcılardan (%34) oluşurken, ikinci grup, evde hemşirelik bakımı alan kullanıcıları (%29), üçüncü grup ise hem pratik yardım, hem de evde hemşirelik bakımı alan kullanıcıları (%37) ierir⁷⁵.

Ev ziyareti: Belediyelerdeki sağlık çalışanları, sağlık davranışlarını ve başa çıkma mekanizmalarını desteklemek için 80 yaş ve üzeri herkesi ziyaret eder. Bunlara önleyici ev ziyaretleri adı verilir. Sağlık alışanları, bu ziyaretler sırasında, yaşlıların ihtiyaç duydukları özel bakımı öğrenmeye çalışırlar ve değerlendirirler. Eğer yaşlının günlük hayat faaliyetleriyle ilgili yardıma ihtiyaç varsa, bu durum, sonraki seviyeye, yani evde bakım sistemine iletilir.

Evde bakım sistemi: Bu sistem, yaşlılara, kişisel bakım gibi günlük yaşam faaliyetlerinde yardımcı olur. Bu bakım seviyesi, her gün asgari düzeyde bir miktar yardıma ihtiyaç duyan yaşlıları amaçlar, bununla beraber, kendilerine gün içinde bakabilirler. Buna evde yardım ve evde bakıcılık veya evle ilgili bakım adı da verilir.

Huzurevinde Bakım

Bakımevlerinde kalanlar, ortalama olarak daha yaşlıdır ve ev temelli hizmetleri kullananlara göre fonksiyonlarını yerine getirme kapasiteleri daha azdır. Norveç’te ev temelli bakım ve huzurevinde bakım oldukça entegredir ve kaynak kullanımını iki aktiviteye bölmek zordur.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Bakımevleri, yüksek derecede tıbbi bakım (örneğin demans hastalığından veya kalp ve ciğer hastalıklarından mustarip hastalar) ve günlük faaliyetlerinde yardım gerektiren sakinler için tasarlanmıştır. Bakımevleri bünyesinde kısa vadeli rehabilitasyon merkezleri de vardır. Yaşlılar evleri, içinde yaşayanlar için evde bakımla aynı hizmetleri sunarlar ve genellikle belediyelerin uzun vadeli bakımevlerinin yakınında yer alırlar.

⁷⁵ Borge & Haraldsvik 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bakımevleriyle yaşlılar evleri arasındaki fark çok belirgin değildir. Bazı yaşlılar evleri, bakımevlerinde sağlananlara benzer hizmetlerle organize edilir; diğerleri özel evlere daha çok benzer. Ayrıca, bakımevleri bünyesinde yaşlılar için gündüz bakım merkezleri vardır. Yaşlılar evindeki ortalama bir sakinin, bir bakımevi sakininden daha az bakım ihtiyacı olacaktır. Bakımevlerinin ve yaşlılar evlerinin büyük bir çoğunluğunun sahibi belediyelerdir. Bazı bakımevlerinin sahibi gönüllü kuruluşlardır ve bu kuruluşlar tarafından yönetilirler ancak personel sağlık hizmetleri uzmanları tarafından sağlanır ve belediyeler tarafından finanse edilir ve çok az bir kısmı ticari olarak kâr amacı güden kurumlar tarafından işletilir⁷⁶. LTC ortamlarının hiçbirisi özellikle yaşlılara ayrılmamıştır ve bunlar belediyelerin hizmetleri almak için uygun olduklarına karar verdikleri diğer kişilerce de kullanılabilir.

Huzurevi daireleri: Güçsüz yaşlıların özel ihtiyaçlarını veya demans gibi zihinsel sağlık sorunları yaşayan kıdemli vatandaşları göz önüne alan, özel olarak inşa edilmiş daireler vardır. Yaşlılara bakım sunmak için özel olarak uyarlanmış binalar, bireylerin alabileceği bakım miktarına göre daha fazla esneklik sunma avantajlarına sahiptir. Bakım düzeyi, kurumlarda olduğu gibi, özel evlere benzer bir seviyeden gece-gündüz bakıma kadar farklılık gösterir. Yaşlı bakımının sağlanmasında, bu dairelerde mevcut olan hizmetlerin seviyesine ve süresine dayalı üç model bulunur. Yaşlılar, bakım ihtiyaçlarına ve bağımlılık seviyelerine göre bu dairelere tahsis edilir.

Model 1: Sürekli bir personel üyesi, burada kalanlara her saat yardımcı olur. Personelin binada bir personel odası vardır ve bu oda, kablosuz telefonlarla ve cep telefonlarıyla orada kalanlara bağlıdır. Bu model, en çok yaşlılık bunamasından veya öğrenme güçlüklerinden mustarip sakinler tarafından kullanılır, başka bir deyişle, Trondhjem hastanesi, bu tür huzurevi dairelerini sağlar.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Model 2: Personel, tüm gün orada durur ve konaklayanlara belediyede geceleri evde bakım hizmetleri hizmet sunar. Gün içinde, konaklayanlar, kablosuz cihazları kullanarak personelle iletişim kurarken, geceleri cep telefonlarıyla bağlantı kurarlar. Bu model, konaklayanların ilk modelde daha bağımsız oldukları durumlarda kullanılır.

⁷⁶ Pedersen 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Model 3: Bu modelde, konaklayanlara belediyede her saat ayakta evde bakım hizmetleri hizmet verir. Personelin binada bir merkezi yoktur; ancak cep telefonları yoluyla kullanılabilir halde olacaktırdır.

Bakımevleri: Bakımevleri, Norveç'te yüzden fazla yıldır kamu sağlık sisteminin bir parçası olarak çeşitli şekillerde mevcut olmuştur ve son 50 yılda, koruyucu bakım yerleri olmaktan çıkıp, artan çeşitliliğe sahip bakım ve tıbbi koşulların yönetilmesinden sorumlu tesisler haline almıştır. Bir bakım evi, hastane hizmeti gerektirmeyen ama evde yeterli ve güvenli şekilde bakılamayan yaşlılar için toplu bir yaşam yeridir. Bakımevleri, güçsüz olan ve kendi başlarına bağımsız olarak yaşamaya devam edemeyen yaşlılar için barınma, hane ve sağlık bakımı sağlama gibi bazı işlevleri yerine getirir. Bu kişiler, ölünceye kadar orada kalabilir ve yaşayabilir. Bakımevi, uzun vadeli ve kısa vadeli konaklayanlar için tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı ve ayrıca rehabilitasyon sağlar. Bakımevlerinde günde 24 saat hemşireler mevcuttur. Konaklayanların sosyal ihtiyaçlarını ve sağlık bakımı ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, bakımevinin kayıtlı hemşireler (RN) ve belgeli hemşireler gibi sağlık çalışanlarını kapsayan çeşitli personeli ve ayrıca sosyal faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu gönüllülerin yanında, istihdam edilmiş bir hekimi vardır. Hemşirelik biriminin RN'ler tarafından yönetilmesi yönünde bir yasal gereklilik mevcuttur. Sosyal bakım, önceliktir ve tıbbi bakım, bakımevindeki bakımın bir parçası gibidir.

Halk Hastaneleri /Kısa süreli yatış hastaneleri: Halk hastaneleri, belediye tarafından sağlanan birincil bakım hizmetleriyle merkezi hükümet tarafından sağlanan uzman bakımı arasındaki bir ara yüz gibidir. Bu bakımın başlıca amacı, yaşlının evlerine geri gönderilmesinden önce, daha fazla ileri düzey hastane bakımına ihtiyaç duymadan hastaneden (uzman bakım/ulusal hastane) taburcu edilmesinden sonra özel bakım sağlamaktır. Temelde, yaşlının eve gönderilmesinin veya bakımevine gönderilmesini gerektiğinin değerlendirilmesi durumunda ve yaşlının ihtiyaç duyduğu bakımın kapsamı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

değerlendirilirken, bir değerlendirme noktasıdır. Halk hastaneleri, süreli bakım da sağlar,
başka bir deyişle, gayri resmi bakıcıların moral yıkıntısı yaşamalarını önlemek için yaşlılara
bakım sağlamada yardım.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Nakit yardımları

Engelliler (her yaştan) genel Ulusal Sigorta Programından (folketrygden) *temel yardım* (grunnstønad) ve *bakım yardımı* (hjelpetønad) alırlar; bunlar, bakıma ihtiyacı olan kişiye doğrudan ödenir.

Temel yardım, uzun vadeli hastalıktan, yaralanmadan veya engellilikten kaynaklanan ekstra harcamalardır. Ekstra harcamaların seviyesine göre altı farklı yardım ücreti vardır, 2011 yılında bu miktar yıl başına 7.452 Norveç kronuyla (930 avro) 37.260 Norveç kronu (4.660 avro) arasında değişiklik gösteriyordu⁷⁷.

Bakım yardımı bakım veya hemşirelik ihtiyacını kapsar. Standart ücret 12.900 Norveç kronudur (1.331 avro). Bakım yardımı, bakımın gayrı resmi (ücretsiz) bir bakıcı tarafından sağlanması şartıyla verilir.

İsteğe bağlı nakit yardımı (omsorgslønn) belediye tarafından özellikle külfetli bir bakım işi olan gayrı resmi bir bakıcıya ödenir. Nakit yardımı sağlayıp sağlamayacağına ve yardım miktarına karar vermek, belediyenin takdir yetkisindedir.

Özellikle kapsamlı bakım ihtiyaçları duyan kişileri destekleme sorumluluğu, belediyelere aittir ve bu sorumluluğun aile veya gayrı resmi bakıcılar tarafından yerine getirilmesi beklenmez. Uygun şartları karşılayan bakıcılar (yukarıda sunulan kriterlere bağlıdır) bakım sorumluluklarının telafi edilmesi için nakit ödemeleri alabilirler. Bakım işi için maddi tazminat alan kişilerin sayısı geçtiğimiz on yılda artmıştır. 2004 yılında toplam 7.470 kişiye yakın akrabalarına bakmaları için ödeme yapılmıştır ancak 2010 yılında bu rakam yaklaşık 9.300 düzeyindeydi.

LTC Hizmetlerinin Yönetmeliği ve Standartları

Mali Özellikler: Norveç'teki LTC hizmetlerinin büyük bir kısmı kamuya ait olduğu ve çok azı kâr amacı gütmendiği ve (belediyelerle sözleşme uyarınca) özel sektöre ait



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olduğu için bakım maliyetini belediye üstlenir. Norveç'teki yaşlıların tümü, bir şekilde emekli maaşı aldığından (önceden yaptıkları işe bakılmaz), bakımevlerinde kalanların emekli maaşları, belediye tarafından, sağlanan bakımın bedeli olarak tahsil edilir. Konaklayanlara sağlanan bakım standardının konaklayanın emekli maaşından bağımsız olduğu ve bakım

⁷⁷ Sağlık Bakanlığı 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ihtiyaçlarına dayalı olduğu belirtilmelidir. Bu nedenle, sağlık bakımı ve sosyal bakım, eşit olarak dağıtılır.

Ulusal seviyede, Norveç Sağlık Denetim Kurulu, Norveç'teki bakımevlerinin denetlenmesinden ve izlenmesinden sorumlu teftiş organıdır. Denetim, kullanıcıların ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını ve sağlanan hizmetlerin, belirlenen gereklilikleri karşılayıp karşılamadığını değerlendirmeyi amaçlar. Norveç Sağlık Denetim Kurulu, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı altında organize edilmiş, ulusal bir kamu kurumudur. Siyasi açıdan kabul edilmiş kanunlar ve yönetmelikler, denetlenmesi gereken hizmetler için çerçeve sunar. Sistem denetimleri, hizmetleri denetlemek için kullanılır (belediyeler, çocuk ve genç evleri, bakımevleri, hastaneler, vb.). Bakımevlerindeki bakımın kalitesi, belgelerin incelenmesini, konaklayanlarla ve çalışanlarla mülakatlar yapılmasını, kurumsal düzenin ve süreçlerin gözden geçirilmesini ve örnek testlerin yapılmasını gerektiren kapsamlı bir denetimle incelenir.

Denetim raporları, kanunlara ve yönetmeliklere uygun olmayan durumların ve faktörlerin tanımlanmasını içerir. Bu eksikliklere uyumsuzluklar adı verilir. Denetim makamı, kanunlarda ve yönetmeliklerde belirlenen gereklilikler karşılanıncaya kadar, bu uyumsuzlukları takip eder. Takip, kurumun gerektirir ve gerekirse sahibinin (belediye, yönetim kurulu, vb.) yönetilmesini gerektir. Her yıl 700 ila 900 faaliyetin sistem denetimi gerçekleştirilir. Bu raporlar, halka açıktır ve kullanıcılar tarafından sıklıkla görüntülenir.

LTC Hizmetlerinde Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon

Norveç'in sağlık sistemi, uzman sağlık bakımını ve belediye sağlık ve bakım hizmetlerini içerir. Uzman sağlık bakımı, devlete ait hastanelerde sağlanır ve dört bölgesel sağlık makamı içinde organize edilir. Belediyeler, ihtiyacı olan herkes için sağlık bakımı hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. Yaşlılar için belediye sağlık bakım hizmetleri, bakımevi tesislerinde ve ev temelli bakım hizmetleri şeklinde sağlanır. 2012 yılında, geçiş



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

bakımını iyileştirmek amacıyla, Norveç'te Koordinasyon Reformu hayata geçirildi. Bu reform, Norveç'in sağlık sistemindeki başlıca üç zorluğa değiniyordu: hastaların, sağlık hizmetlerinin daha iyi şekilde koordine edilmesine duyduğu ihtiyaç; hastalık nleme girişimlerinin yetersizliği ve demografik değişiklikler müdahale etme ihtiyaı.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Koordinasyon Reformunda, merkezi olarak işletilen uzman hastane hizmetleriyle belediye tarafından işletilen birincil sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler arasında bağlayıcı bir yasal düzenlemeler sistemi önerildi. Bu reformuna amacı, hastalığı azaltmak ve önlemek ve ayrıca kaynakları belediyelere yoğunlaştırmak ve sağlık ve sosyal bakım kurumları arasındaki meslekler arası işbirliğini arttırmak suretiyle işlev kaybını sınırlandırmaktı.

Diğer amaçlar, aşağıdaki gibidir:

- Hastalar için belediyelerde tek bir irtibat noktası
- Uzun vadeli koşullar için bakım hizmetlerini tehlikeye atmadan, belediyelerin önleme ve erken müdahale rolünü arttırmak
- Bakım sunmayı hastanelerden belediyelere devretmek
- Hizmet kullanıcıları için sistematik katılım
- Öncelikli gruplar için belediyelerdeki hizmetlere daha fazla yatırım
- GP'lerin kamu sağlığı hizmetine verdiği zamanın miktarını arttırmak
- 'Elektronik koordinasyonu' desteklemek amacıyla IT altyapısında iyileştirmeler.

Reformda, bakım sunma şeklini değiştirmek için belediyelere teşvikler vermek amacıyla fon sağlama sisteminin değiştirilmesi de önerildi. Bu, belediyelerin, uzman hastane bakımına fon sağlamak ve hastanede kalsalar bile taburcu olmaya hazır hastaların bakımı için ödeme yapmak amacıyla, sorumluluğu bölgesel sağlık makamlarıyla paylaşması anlamına gelir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Reformdaki önemli bir husus, sağlık bakım hizmetlerinde koordinasyonu iyileştirmek ve hastaların ve hizmet kullanıcılarının bakım hizmetlerinin ve yüksek kalitede hizmetlerin devamlılığını yaşamalarını sağlamaktır. Koordinasyon Reformuyla, kabul ve taburcu etme süreçlerinin organize edilmesine ve belediyelerle sağlık makamları arasındaki işbirliğine dair doğrudan gereklilikler dahil olmak üzere, görev dağılımına ve bilgi alışverişine ilişkin bağlayıcı bir düzenlemeler sistemi getirilir. Yapılan araştırma, Norveç'teki entegre bakımın, bakım kalitesinden ödün verilemeyen başlıca altı zorlukla karşı karşıya olduğunu gösterir⁷⁸. Bunlar, sağlık görevlileriyle en yakın akraba arasında sistematik bilgi alışverişı eksikliğini ve

⁷⁸ Storm ve diğerleri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

hastaların ve en yakın akrabasının geçişlerine yönelik sınırlı katılım ve hazırlıkları kapsar. Mesleki yeterliğe, sistem ve rol yeterliğine sahip olmayan sağlık görevlileri, sağlık görevlileri arasında bilgi alışverişıyle ilgili zorluklar, yeterli personel eksikliği ve birçok kere sevk edilen yaşlı hastalar ve ayrıca hastaların klinik koşullarını değerlendirmeye ilişkin zorluklar da diğer sorunlar arasındadır.

Norveç'teki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

Norveç'in refah sistemi, bir sosyal dönüşüm aracı olarak tasarlandı. Eşitlik ve dayanışma ilkelerine dayalı bu sistem, gelir kaybına karşı koruma ve kapsamlı bakım hizmetleri sunar. Norveç'i (ve diğer İskandinav ülkelerini) diğer birçok Avrupa ülkesinden farklı kılan kilit özellik, aile veya çiftten ziyade bireyin/vatandaşın sosyal refah sağlama birimi olmasıdır. Uluslararası ve karşılaştırmalı bir bakış açısına göre, Norveç diğer İskandinav ülkeleriyle birlikte vatandaşlarına kapsamlı evrensel hizmetleri sunan bir refah devletini temsil etmesiyle öne çıkar. Bu model, yaşlılara bakım sağlama yönündeki başlıca sorumluluğu devlete ve özellikle yerel hükümete verir ve özel piyasayla aileler de çok az rol üstlenir.

Norveç'in evrensel emekli maaşı kapsamı ve çeşitli yardımların katma değeri, yaşlı Norveçliler için yüksek düzeyde bir gelir güvencesine yol açar. Devlet Emeklilik Fonu-Norveç ve Devlet Emeklilik Fonu Küresel (yaygın şekilde Petrol Fonu olarak bilinir), dünyanın en büyük devlet fonları arasında yer alır. Norveç'in petrol sektöründen edinilen gelirler, fona kanalize edilir ve gelir yaratmak için küresel açıdan yatırım yapılır. Bu fon, kamu geliri yönetimindeki en iyi uluslararası uygulamadır ve yaşlıların şimdiki ve gelecek nesillerine faydalı olmak üzere, ülkenin sosyal refah sistemi için yüksek derecede ekonomik güvence sağlar. Norveç Maliye Bakanlığına göre, GPFG'nin piyasa değeri, 2014 yılı boyunca 1,393 milyar Norveç kronundan 6,431 Norveç kronuna (831 milyar Amerikan doları) çıkmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Norveç, tüm sağlık durumu göstergelerinde yüksek puanlar alır. Bununla beraber, yapılan çalışmalarda, Norveçlilere, iyi kamu sağlık sistemlerinin değerini hafife almamaları gerektiği hatırlatılır. Son veriler, Norveç'te yaşlılar için sosyal bakım hizmetlerinin son 20 yılda azaltıldığına ve aynı zamanda önemli reformların ve eylem planlarının 67 yaş altı kullanıcılar

için geliştirildiğine işaret eder⁷⁹. Uzun vadeli bakımın organize edilmesi ve sağlanması, sadece belediyelerin sorumluluğundadır ve genellikle idari açıdan, yerel seviyede, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerle bütünleştirilmiştir. Uzun vadeli bakım, üç tür ortamda sağlanır: hastaların evleri, bakımevleri ve belediyeler tarafından işletilen yaşlılar evleri.

Norveç'teki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Norveç'teki yaşlı bakım sistemi, Avrupa'daki en cömert sistemler arasındadır; evrenseldir ve ulusal bir vergilendirme sistemiyle desteklenir. Birçok hizmetin doğrudan belediye tarafından bütçe hesaplı kriterler olmaksızın sağlanmasıyla öne çıkar. Bununla beraber, yaşlılar yine de katkıda bulunur, yine de huzurevi bakımının 'bütçeye uygun' olduğu düşünülür (huzurevinde bakım ücretleri gelirin en fazla %85'ini karşıladığında); örneğin, İtalya ve Birleşik Krallık'ta durum böyle değildir⁸⁰. Avrupa'nın büyük bir kısmında gözlemlendiği üzere, huzurevinde bakım yerine evde bakımın arttırılmasına yönelik bir politika vardır. Aynı zamanda, yaşlıları istihdama mümkün olduğunca uzun süre boyunca dahil etmenin bir yolu olarak, çalışanların kapsamını genişletmeye yönelik güçlü politikalar vardır. Norveç, 60-66 yaş arası çalışan nüfus açısından Avrupa'nın en yüksek oranlarına sahiptir. Ne var ki, yapılan bazı araştırmalar, Norveç'te yaşlı çalışanlar arasındaki yüksek düzeli istihdama rağmen, aktif olmayan yaşlıların harekete geçirilmesi için daha fazlasının yapılabileceğini gösterir. Bir OECD raporunda, 62 ve 75 yaş arasında esnek emekliliğe izin veren ve daha uzun süreliğine çalışmaya devam etmeye dair teşviklerde iyileşmeye yol açan 2011 emeklilik reformu vurgulanır.

Yaşlılar, toplu taşıma dahil olmak üzere, uygun çevrenin sağlanmasına büyük bir katılım gösterir. 1970 yılında kurulan Ulusal Yaşlı Vatandaşlar Konseyi, Norveç'te yaşlıların doğrudan



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

siyasi katılımını açısından muhtemelen en önemli kanaldır. Bu Konsey, hükümet tarafından atanır ve kamu makamları ve ulusal kurumlar için bir danışma kurulu görevi görür. Konsey, kıdemli vatandaşların yaşam koşullarına ilişkin konulara ve ayrıca çalışma hayatına ve genel olarak topluma katılım fırsatlarına odaklanır. Yaşlılar için toplu taşıma hizmetleri sağlama sorumluluğu, farklı devlet kurumları arasında dağıtılır. Devlet, sağlık hizmetleriyle ilgili ulaşımı sağlamaktan sorumludur ve daha büyük şehirlerde yerel toplu taşıma için fazladan mali destek sağlar. Belediyeler, yerel toplu taşımadan sorumludur.

⁷⁹ Brevik 2010

⁸⁰ Bettio & Verashchagina 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Belediyeler, engelliler için özel ulaşım hizmetlerinin finanse edilmesinden ve organize edilmesinden de sorumluyken, bu tür hizmetler için kimlerin uygun özellikleri taşıdığına da karar verebilir.

Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, yerinde yaşlanma ve ev temelli bakım tedarikine oldukça önem verilir. Kişisel bütçelerden bir miktar alım veya bakım için nakit alımı da vardır ancak Norveç'te tercih edilen yol bu değildir ve uygunluk, bireysel kullanıcının tercihinden ziyade yerel makam tarafından değerlendirilir. Geçtiğimiz son on yıl içinde bir etkililik ve rekabet süreci meydana gelmekte⁸¹ ve böylece özel sektörün oynadığı rol artmaktadır ancak bu durum birçok Avrupa ülkesinde gözlemlenenden çok daha düşük derecededir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

⁸¹ Christensen tarihsiz



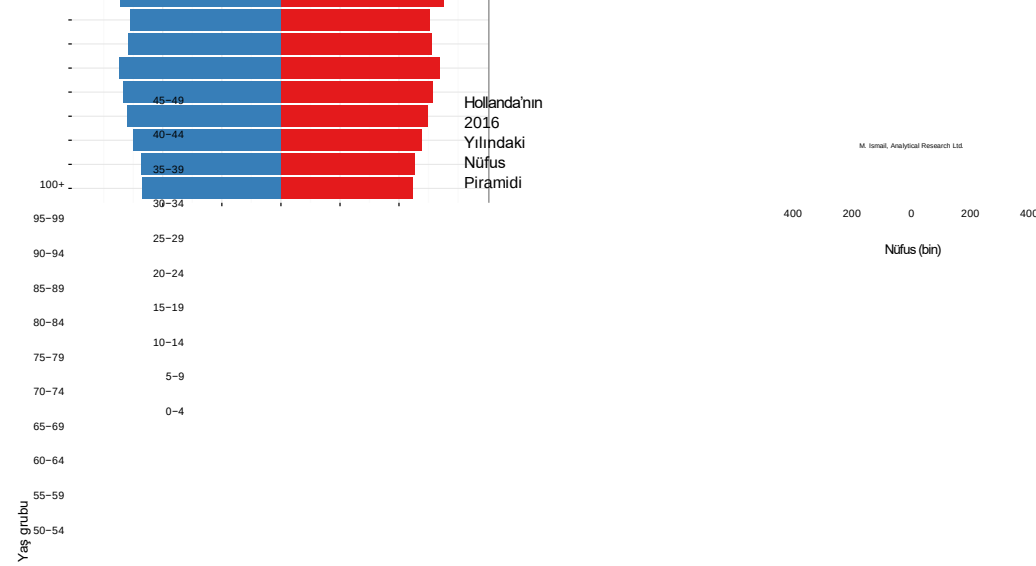
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 4: Hollanda’da Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: Hollanda’da Yaşlanmak

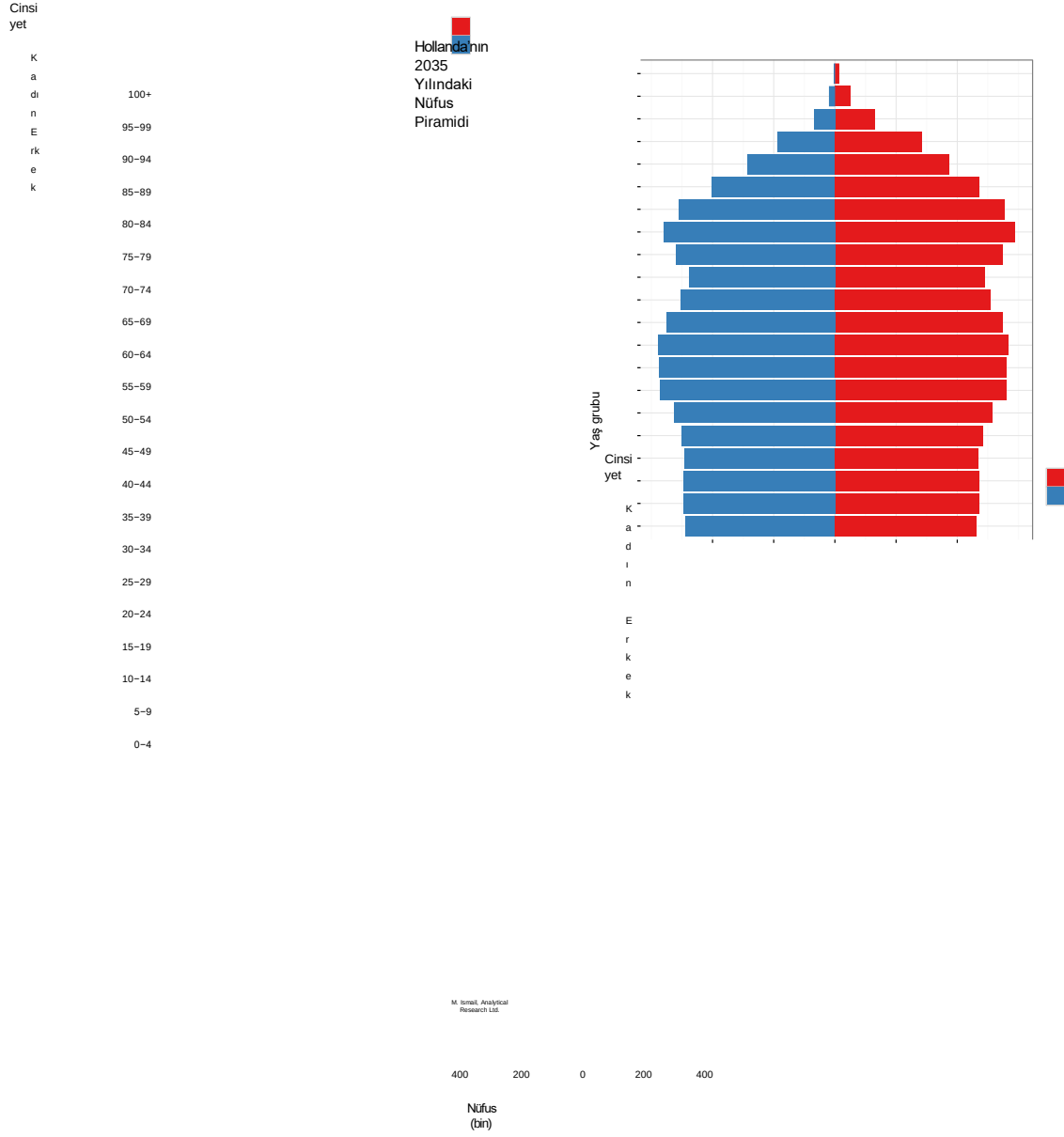
Hollanda’nın nüfusu 16,5 milyondur. Beklenen yaşam süresi 81 yıldır ve nüfus yaşlanmaktadır. CBS’in en yeni nüfus tahminine göre, 65 yaş üstü kişilerin sayısı 2050 yılına kadar 4,25 milyon (veya nüfusun %25,5’i) olacak ve 80 yaş üstü kişilerin sayısı 1,7 milyon (veya nüfusun neredeyse %10’u) olacaktır. Yaşlı bakımı ve uzun vadeli bakım ihtiyacı, işlev görmedeki sınırlamalara veya Günlük Yaşam Faaliyetlerindeki (ADL) sınırlamalara dayalıdır. Şekil 10’da Hollanda’nın 2016 yılındaki nüfus piramidi ve 2035 yılına dair tahminler gösterilmektedir. Bu raporda konu edilen diğer Avrupa ülkelerine kıyasla, Hollanda’nın nüfus büyüklüğü nispeten küçüktür (ancak Norveç’te tespit edildiği kadar küçük değildir). Şekil 10’da 2016 yılındaki en büyük yaş gruplarının 45 ila 54 yaş aralığındakilerden oluşacağı ve 44-69 arası daha yaşlı grupların genişleyeceği gösterilmektedir. 2035 yılına kadar 65-69 ve 70-74 yaş grupları, nüfusun en geniş gruplarından bazılarını oluşturacaktır.

Şekil 10 Hollanda’nın 2016 ve 2035 Yıllarındaki Nüfus Piramidi





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



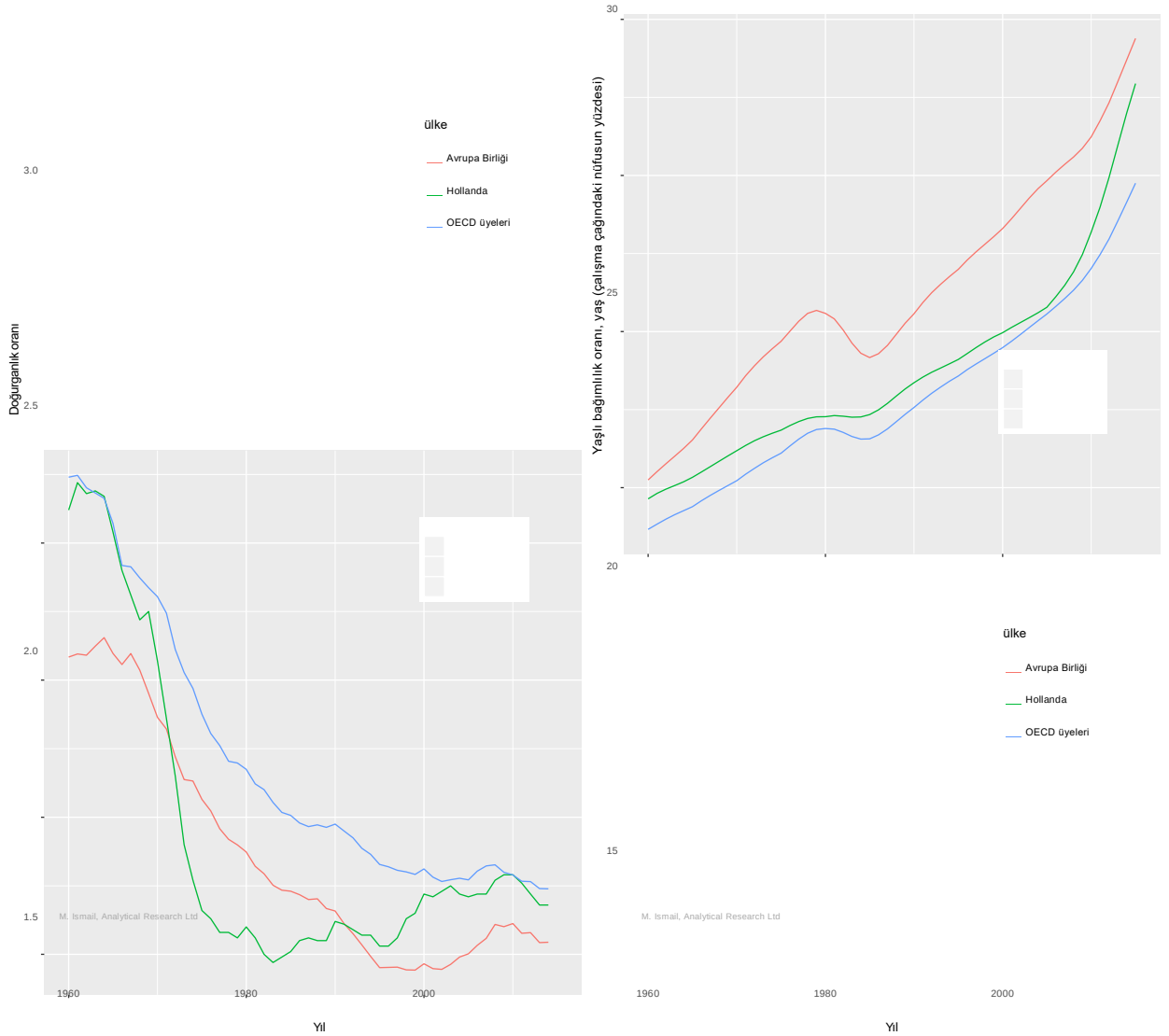
Şekil 11’de Hollanda’da 1960 yılından bu yana gözlemlenen azalan doğurganlık eğilimi gösterilmektedir ve bu durum, nüfus yaşlanmasında görülen demografik değişikliklerin altını çizer. Doğurganlık oranlarının AB ve OECD ülkelerinde görülenlerden daha yüksek bir ortalamaya tarihsel olarak sahip olduğu ve böyle olmaya devam edeceği belirtilmelidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu farklar, İtalya ve Birleşik Krallık gibi diğer ülkelere kıyasla, Hollanda'da gözlemlenen nispeten daha genç nüfus yapısını izah eder. Bu nispeten yüksek doğurganlık oranları, AB ve OECD ülkelerindeki ortalamaya kıyasla, Hollanda'da gözlemlenen daha düşük yaşlı bağımlılık oranını da açıklar (bakınız Şekil 11'in sağ köşesi).

Şekil 11 Hollanda'da 1960 ila 2010 arasındaki doğurganlık oranı ve yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Hollanda’da GSYİH yüzdesi cinsinden kiři başına GSYİH ve sağlık harcamasını incelediğimizde (şekil 12) Hollanda’nın kiři başına GSYİH’nın AB ve OECD űlkelerinde gözlemlenen ortalamadan yüksek olduğunu belirledik, yine de son yıllarda sağlık harcaması AB ortalamasının űzerine çıkmıştır ancak hâlâ tüm AB ortalamasının altındadır. 2011 yılında GSYİH’nın yüzde 11,9’una tekabül eden sağlık harcaması, OECD űlkeleri arasında sadece Birleřik Devletlerden sonra gelirken, uzun vadeli bakıma yönelik kamu harcaması, GSYİH’nın yüzde 3,7’si ile OECD içindeki en yüksek miktardı⁸².

Hollanda’daki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

Hollanda’daki yařlı bakım sisteminin altında yatan felsefe, devletin yařlılardan ve uzun vadeli bakıma ihtiyaç duyan bařka kiřilerden sorumlu olmasıdır. Aile űyelerinin ve diđerlerinin verdiđi gayrı resmi űcretsiz bakım bir rol oynamakla birlikte,

⁸² Robertson ve diğerleri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

(İtalya'daki sistemde yer alan aile içindeki beklentilerin aksine) bu bakımı sağlama zorunluluğu yoktur. Genel politika hedefi, 2008 yılında aşağıdaki gibi belirlenmiştir: *“Fiziksel, zihinsel veya psikolojik özelikte uzun vadeli veya kronik bir bozukluktan mustarip kişiler için iyi kalitede bakımın kullanıma hazır hale getirilmesini ve bu bakımın maliyet seviyesinin toplum için kabul edilebilir olmasını sağlamak.”*⁸³ 1945 sonrası dönemde refah devletinin başlatılması üzerine, Hollanda dünyanın en cömert ülkelerinden birisi haline geldi. Refah modeli, çalışanlar için sosyal sigortayı bütçe hesaplı ve işsizlik milli sosyal sigortası (sabit oranlı emekli maaşları dahildir) ve ayrıca milli sigorta planlarına hak kazanmayanlar için bütçe hesaplı kapsamla birleştirdi.

Şekil 12 1960 ila 2010 arasında GSYİH yüzdesi cinsinden kişi başına GSYİH'deki ve sağlık harcamasındaki eğilimler



9



M. İsmail, Analytical Research Ltd



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

M.

Ismail, Analytical Research Ltd

1960

1980

2000

1995

2000

2005

2010

2015

Yıl

Yıl

Hollanda’da, 1968 yılından beri bir kamu uzun vadeli bakım sigorta sistemi vardır. Hollanda’da yaşayan herkes, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası) kapsamında sigortalıdır. Bu yasa, yaşlılar için evde bakımla kurumlarda bakımı, zihinsel ve fiziksel engellilere yönelik hastaneleri ve kronik psikiyatri hastalarına yönelik hastaneleri kapsar. Bununla beraber, yaşlıların birçoğu, gelirlerine bağlı olarak (bazı bütçe hesapları şeklinde) yaşlı bakımı maliyetine katkıda bulunur. Ayrıca, huzurevi servislerinde bakılan yaşlılar, kendi yiyecek ve konaklama masraflarına katkıda bulunmak zorundadırlar.

⁸³ Mot ve diğerleri 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

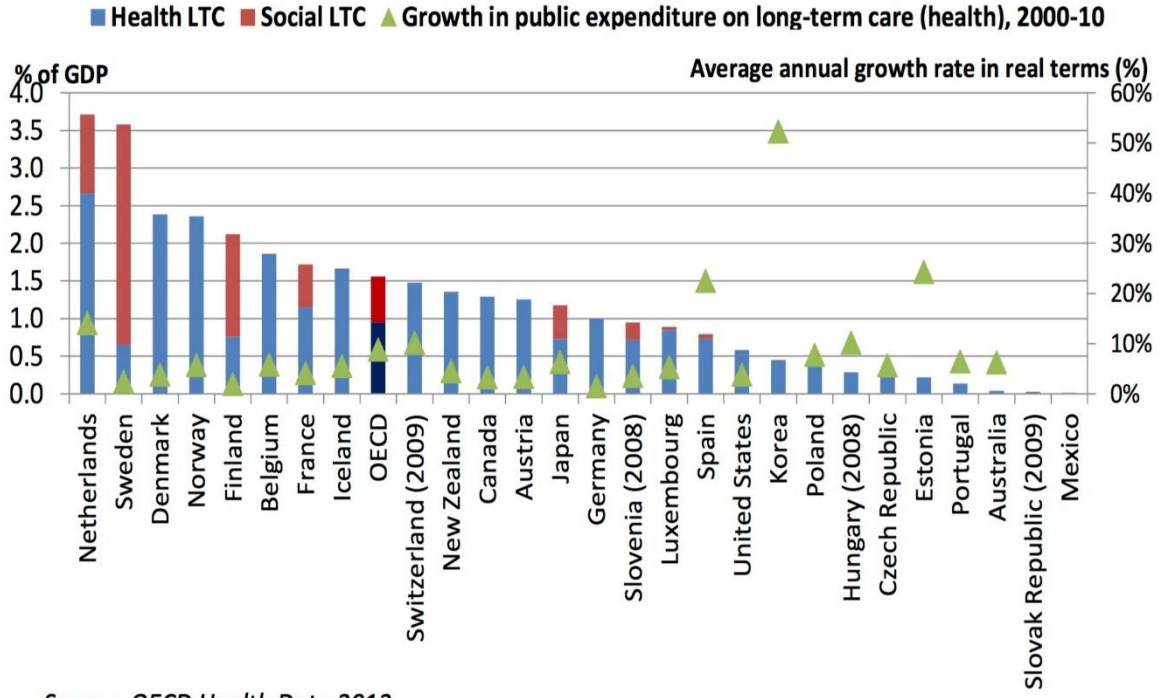
AWBZ, kapsamlı bir hizmetler paketinden oluşur: kişisel bakım, hemşirelik, yardım, tedavi ve bir kurumda kalma. Evde yardım, AWBZ'nin bir parçasıydı ancak 2007 yılında Hollanda Sosyal Destek Yasasıyla (Wmo) bu tür sorumluluklar yerel konsey tarafından belediyeler seviyesinde yürütölen sosyal hizmetlere verildi.

Hollanda'da uzun vadeli bakım oldukça kapsamlıdır, hizmetleri nakit olarak seçme imkânı vardır ve evde bakım hizmetleri büyük oranda mevcuttur. Böyle kapsamlı bir sistem, yüksek kalite sergileme ve yüksek seviyelerde harcamanın karşılığı açısından büyük baskı altındadır. Hollanda, GSYİH'nın %3,7'sini LTC'ye harcar ve bu miktar, OECD ölkelerindeki en yüksek seviyedir (Şekil 13). LTC'ye yapılan kamu harcamasındaki büyüme, reel oranda 2000-10 sırasında %10'un üzerindedir. Yapılan tahminlerde, bu harcamanın 2050 yılına kadar en az iki katına çıkacağı öne sürölür.

Şekil 13 Kamu uzun vadeli bakım harcaması (sağlık bileşeni ve sosyal bileşen), GSYİH payı cinsinden, 2010 (veya en yakın yıl) ve kamu uzun vadeli bakım harcamasındaki (sağlık) büyüme, 2000-10 (veya en yakın yıl)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Source: OECD Health Data 2012.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım için uygunluk, ihtiyaçlara dayalıdır ama çocukların dışında, yararlananlardan gelire bağlı kesintilerin alınmasını gerektirilir. Uygunluk kontrolü, yasal rehberlik ilkelerini detaylı prosedürlere dönüştüren CIZ (Endikasyonlar Bakım Merkezi) tarafından geliştirilen ulusal standartlaştırılmış prosedürlere dayalıdır. CIZ kararları, tipik bir şekilde, gereken işlevlere ve bakım saatlerine ve ayrıca ikamete dair bir uygunluk kararına yol açabilir. Endikasyon prosedürü, sağlayıcı açısından riskle ayarlanan bir kişi başına vergi ödemesine yol açar. 2007 yılında, IADL desteği, AWBZ'den yerel makamlar alanına (bazıları CIZ prosedürlerini kullanır) devredildi.

AWBZ bakımına yönelik her talep, CIZ olarak adlandırılan bağımsız bir kurum tarafından değerlendirilmek zorundadır. Bir kişi, sadece temeldeki bir veya daha fazla koşulun mevcut olması halinde AWBZ bakımına hak kazanabilir: 1- Bedensel, psiko-geriatrik veya akli dengesizlik ya da kısıtlanma (yaşlanma sürecinden kaynaklananlar dahildir); 2- Zihinsel, fiziksel veya duyuşsal bir engel (değerlendirme modeli için bakınız Şekil 14). Evde bakımla ilgili değerlendirme, uygunluğu kısıtlama yönünde mali bir teşvike sahip yerel konsey tarafından yapılır. Evde yardıma yapılan harcamalar bütçeden daha az ise, yerel konsey, parayı başka amaçlar için harcayabilir. Yerel konseyler, demokratik kontrol uygular.

Uygun şartları taşıyan hizmet kullanıcıları, aynı bakımla nakit yardımları arasında bir seçim yapabilir. Nakit geri ödeme seçeneği, tedavi ve bir kurumda kalma için kullanılamaz. Nakit, kişisel bütçeler şeklinde verilir. Kişisel bütçeleri seçen hastalar, aynı bakım masraflarının %25'inden azına tekabül eden bir miktar alır. Bakımı daha etkili bir şekilde satın alabilecekleri varsayılır. Arkadaşlar ve aile üyeleri dahil olmak üzere, bakımı kimin vermesi gerektiğini serbestçe seçebilirler. Bütçelerin büyük bir kısmı söz konusu olduğuunda, hizmet kullanıcıları parayı gerçekten bakım için harcadıklarını gösterebilmek zorundadırlar.

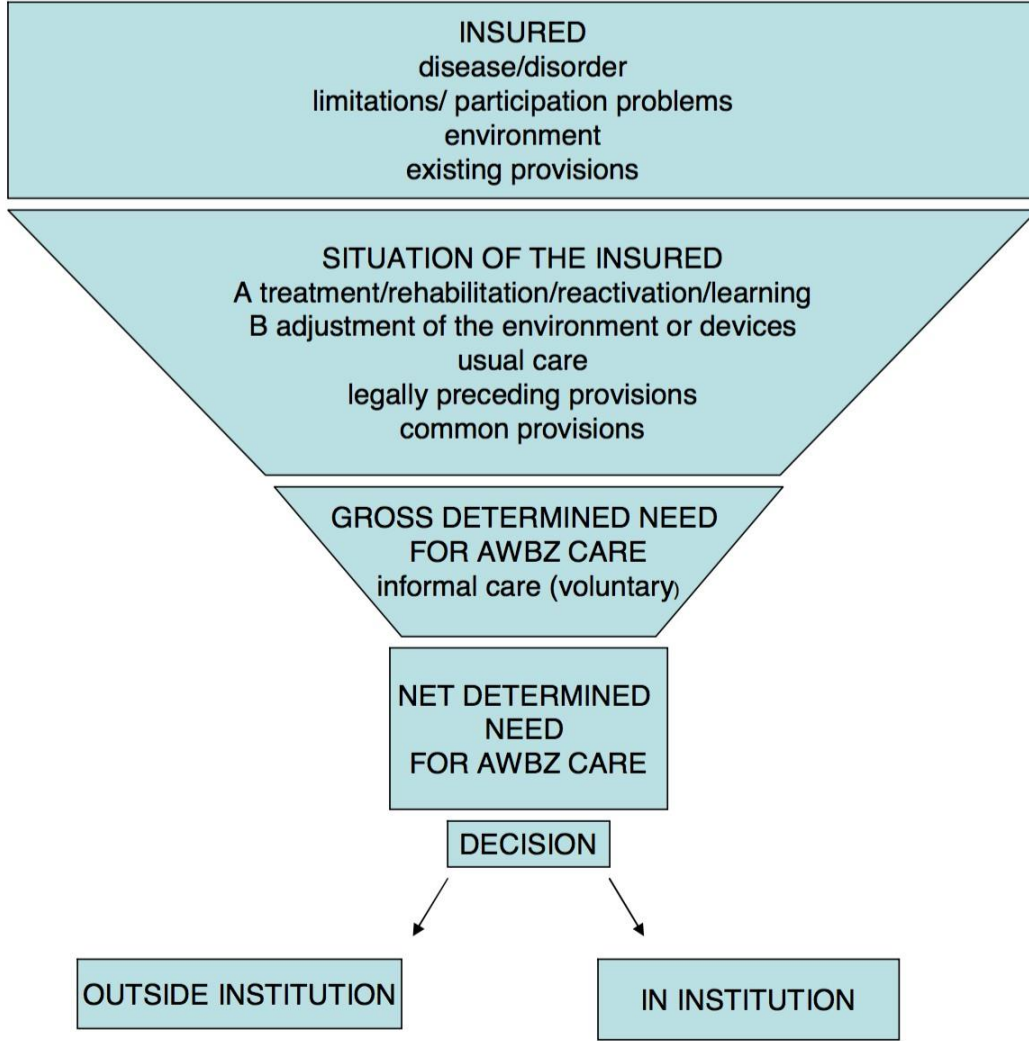


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 14 Hollanda'nın Huni Şeklindeki Değerlendirme Modeli



Source: CIZ Indicatiewijzer, versie 1.0.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

Hollanda'daki yaşlı bakım hizmetleri, gayri resmi bakımdan, evde resmi bakımdan ve resmi kurumsal bakımdan oluşur. Yaşlılar için gayri resmi bakım, Güney ve Orta Avrupa ülkelerindekilere kıyasla Hollanda'da nispeten önemsizdir. Hakim olan sosyal norm, bir hane



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

içinde normal olarak beklenen ‘olağan bakım’ hariç olmak üzere, hükümetin yaşlılardan büyük oranda sorumlu olmasıdır. AWBZ, kapsamlı bir hizmetler paketinden oluşur: kişisel bakım, hemşirelik, yardım, tedavi ve bir huzurevinde kalma. Yardım, gruplar halinde gündüz bakımını ve ayrıca bire bir tedariki içerir ve yaşlıların bağımsız yaşamlarını destekler. Eskiden, bu tür destek, sosyal katılımı arttırmayı da amaçlıyordu. Evde yardım, AWBZ’nin bir parçasıydı ancak 2007 yılında sosyal hizmetleri düzenleyen ve yerel konsey tarafından yürütülen Wmo’ya (Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Sosyal Destek Yasası) devredildi. Wmo, bir sosyal sigorta planı değildir, Wmo, sosyal hizmetlerin sağlanmasıyla ilgilidir. Bu sosyal hizmetlere hak kazanmak, yerel konsey seviyesinde kullanılabilir finansmandan etkilenir.

%4,9’luk OECD ortalamasına kıyasla, 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %13’ü evde bakım alır. 2010 yılında, 65 yaş üzeri nüfusun %6,5’i, kurumlarda uzun vadeli bakım alırken (%4 OECD ortalaması), nüfusun %12,8’i, evde bakım aldı (%7,9 OECD ortalaması)⁸⁴. Bununla beraber, 1.000 kişi başına 63 LTC çalışanının olduğu kurumlardaki çalışanlara oranla, evde bakımdaki bakım görevlilerinin sayısı, 65 yaş üzeri 1.000 kişi başına sadece 14 idi. Aynı bakımı (doğrudan hizmet) tercih eden hizmet kullanıcıları, hangi kurumun bakım sağlayacağıyla ilgili olarak biraz söz sahibidir. Bu bakımı organize etme ve satın alma sorumluluğu ‘zorgkantoren’e (bölge bakım ofisleri) aittir. Sağlık sigortacılarına bağlı bu kurumlar, uzun vadeli bakım satın alma konusunda herhangi bir mali riske girmez. Bakım maliyetleri AWBZ fonundan ödendiği halde, bakım ofisleri bu maliyetleri ulusal ve bölgesel bütçenin dışına çıkarmamakla ve bakımı mümkün olduğunca etkili bir şekilde satın almakla görevlidir. Bir bakım ofisi performansının kötü olması halinde, bir bölge bakım ofisinin işletme izni başka bir sağlık sigortacısına verilebilir. Bununla birlikte, bölge bakım ofisinin yaşlılar için bakım organize etme yönündeki başlıca rolü, özellikle bakım ofisinin etkililik için az teşviklere sahip olması nedeniyle oldukça eleştirilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2009 yılında, yaşlı bakım sistemi, sürekli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan kişiler için 479 bakımevinden ve daha düşük seviyede bakım ihtiyaçlarına sahip olanlar için 1.131 huzurevinden oluşuyordu⁸⁵. Ayrıca, birleştirilmiş 290 kurum vardır. Evde bakım, huzurevleri, bakımevleri ve evde bakım kurumları tarafından sağlanır. Sağladıkları destek seviyesi değişiklik gösterir ancak desteğin neredeyse yüzde 40'ı nispeten ev işi dahil olmak üzere evde yardım niteliğindedir. Huzurevlerindeki ve bakımevlerindeki sayılar düşerken, evde bakım alan kişilerin sayısı artmaktadır⁸⁶.

⁸⁴ OECD Sağlık Verileri 2012

⁸⁵ Westert ve Wammes 2013

⁸⁶ Schafer ve diğerleri 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Gayri resmi bakıcıların (aile ve arkadaşlar) rolü diğer Avrupa ülkelerine nazaran Hollanda'da nispeten daha az önemliyken, 2007 yılında tahminen 3,5 milyon gayri resmi bakıcıyla birlikte yaşlılar için bakım sağlarnasında gayri resmi bakıcılar hâlâ önemli bir rol oynamaktadır⁸⁷. Gayri resmi bakıcılar için verilen yardım yoktur ancak bu kişiler kişisel bütçeleri yoluyla yaşlı tarafından işe alınabilir. Bakım iznine yönelik (çalışanlar için) düzenlemeler vardır: bu, ücretli veya ücretsiz olabilir ama ücretli bakım izni, yıllık olarak haftalık çalışma saatinin iki katıdır.

Evde Bakım

Hollanda'da, kullanılabilir fonlar, sosyal hizmetlere hak kazanma üzerinde etkilidir. Evde yardım için özellikle yerel konseyler (koruma altına alınmamış) bir bütçe alırlar. Böylece belediyeler evde yardımı etkili bir şekilde organize edebilmek için mali teşviklere sahip olurlar. Ne var ki, engelli bireylerin haklarını korumak için belediyeler işlev görmedeki kısıtlamalarının etkilerini telafi etmek zorundadır. Yerel konsey, bunu uygun gördüğü şekilde yapabilir. AWBZ kapsamındaki evde bakım hizmetleri şunları içerir: yardım, kişisel bakım, hemşirelik bakımı ve tedavi. Wmo, evde yardımını, evlere yemek servisini, ev düzenlemelerini ve ulaşımı kapsar. Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığına (VWS) göre, 2007 yılı sonunda 227.000 yaşlı müşteri evde AWBZ bakımını kullanmıştır. Bu sayı, Hollanda'daki 2,4 yaşlının %9,4'üne tekabül eder. Kurumların dışındaki bakım, (bakımevleri ve huzurevleri dahil olmak üzere) kurumsal bakım kadar katı şekilde yönetilmez. Ev temelli bakım, sağlayıcıların piyasaya göre kapasite ve fiyata dair kararlar verme özgürlüğüne sahip olduğu kâr amaçlı kurumlarca da verilebilir.

Huzurevinde Bakım

Kurumsal bakım, diğer birçok Avrupa ülkesine kıyasla Hollanda'da önemli bir rol oynar. Ne var ki, hâlihazırdaki siyasi anlayış, kurumsal bakım yerine evde bakım almanın arttırılması



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

yönündedir. 2007 yılında kurumsal bakımdan faydalanan 164.000 yaşlı müşteri (yaşlı nüfusunun yüzde 6,8'i) çoğunlukla yaşlılar için bakımevlerinde ve huzurevlerinde yer alır. 2009 yılından önce başlıca iki kurumsal bakım kategorisi vardı: bakımevinde bakım ve

⁸⁷ De Boer ve diğerleri 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

huzurevinde bakım. 2009 yılından itibaren yaşıllar için kurumsal bakım bünyesinde on ayrı ürün öne çıkmıştır ve bunlara bakım şiddeti paketleri adı verilir. Bu paketlerin her birisi, AWBZ'deki farklı bakım işlevlerinin bir bileşimini temsil eder. Yaşılların bakımı için bu bakım paketleri “bir miktarla korumalı hayattan” “özellikle bakım ve hemşirelikle birlikte spesifik bozukluklar nedeniyle oldukça yoğun bakımla korumalı hayata” kadar değişiklik gösterir. Kurumsal bakımın finanse edilmesi, 2009 yılında başlatılan (AWBZ'deki farklı bakım işlevlerini birleştiren bakım şiddeti paketlerine) dayalıdır.

Sosyal Destek Ağları (Sosyal Sermaye)

Hollanda'nın yukarıda adı geçen, 2007 yılında getirilen (ve kapsamı 2015 yılında genişletilen) Sosyal Destek Yasasıyla (Wmo), belediyelere tutarlı bir yerel sosyal destek politikaları geliştirme sorumluluğu verilmiştir. Belediyeler, kurumsal desteğin yanında yaşıllar dahil olmak üzere korumasız kişilerin desteklenmesi açısından daha geniş bir topluma fayda sağlayan hizmetler ve imkânlar sağlayabiliyordu. Sosyal Destek Yasası uyarınca sağlanan bu hizmetlerin ve imkânların özellikle Hollanda'da kendi çaplarında herhangi bir destek veya yardım için hak sahibi olmayan gayri resmi bakıcılara destek verdiği belirlendi⁸⁸. Bazılarına göre, adem-i merkezileştirme ve yerel makamlara yerel seviyede sağladıkları hizmet türlerini zorla kabul ettirmeleri için daha fazla özgürlük ve yetki verme yönündeki güncel politika, hizmet tedarikinde sosyal sermaye oluşumu açısından fırsatlar sunar. Bunlar, bilhassa kırsal ve uzaktaki topluluklarda değerlidir. Bununla beraber, bu, devletin birinci dereceden akrabalara karşı herhangi bir 'sorumluluğunun' olmamasına eğilimli olduğu daha geniş Hollanda kültürü ve ayrıca yaşıllı bakımında üstlenilen sorumluluk normları içinde yer bulmalıdır. Öte yandan, Hollanda'da gönüllülük sektörüne ve gönüllük kültürüne dair güçlü bir rol vardır. Bazı araştırmacılar, devletin finanse ettiği bakımın büyük bir kısmının kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlandığına işaret eder.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları

Hollanda, İngiltere'yle beraber, uzun vadeli bakımda bakım alanların deneyimlerini (örneğin, bakım planları, özerklik, mahremiyet) izleyen birkaç OECD ülkesinden biridir. Bakımdan Sorumlu Yönlendirme Komitesi, 2007 Ulusal Kalite Çerçevesi uyarınca on kalite alanını belirledi. Bunlar, aşağıdaki gibidir:

- LTC alanların bakım ve hayat planlamasına katılımını sağlamak için bakım/hayat planı;

⁸⁸ Waverijn 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- sağlayıcıların iletişimi açık tutmalarını ve alıcıların isteklerini dinlemelerini sağlamak için iletişim ve bilgi;
- alıcıların yeterli destek almaları ve sağlanan bakımdan memnun olmaları açısından fiziksel refah;
- kaçınılabilen tehlikeleri ve hareket özgürlüğünde kısıtlamayı önlemek için bakım güvenliği;
- alıcıların mahremiyetine ve yaşadıkları ortama saygı göstermeye yönelik ev ve yaşam koşulları;
- çeşitli faaliyetlere katılım açısından yeterli fırsatlar sağlamak için katılım ve özerklik;
- zihinsel destek (yalnızlık veya depresyon) sağlamak ve seçimlerine ve amaç anlayışlarına özen göstermek için zihinsel refah;
- yaşanan çevrenin güvenliği;
- vasıflı personelin ve yeterli bakım süresinin mevcudiyetini sağlamak için yeterli ve yetkin personel; ve
- sağlık ve yetişkin sosyal bakımı boyunca bakım koordinasyonu.

Her bir alan, bakım yapısını, sürecini ve sonuçlarını yansıtan bir göstergeler setini içerir. 2006 yılında, Hollanda Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, sağlık bakımında tüketici deneyimlerini ölçmek ve karşılaştırmak amacıyla Tüketici Kalite endeksi veya CQ endeksi® adı verilen ulusal bir standardın geliştirilmesini zorunlu kıldı. Tüm LTC tesislerinin, adı geçen CQ Endeksi Uzun Vadeli Bakımı⁸⁹ kullanarak, kullanıcıların deneyimi hakkında anketler yapmaları gerektirildi. Tüketici deneyimini ölçmek ve karşılaştırmak için kullanılan bu ulusal araç, yukarıda belirtilen on kalite alanına dayalı olarak geliřtirildi⁹⁰. Her alanda, yapı-süreç-sonuç kavramı temelinde geliştirilen, ilişkili bir göstergeler seti vardır. Bu göstergeler, kullanıcıların önemli bulduğu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

şeylere ve bakımla ilgili deneyimlerinin ne olduğuna dair bir görünüm sağlar⁹¹. Her LTC kurumu, tavsiye verme ve izleme rolü olan Sağlık Denetim Kuruluna (IGZ) yıllık bir rapor sunar.

⁸⁹ Yönlendirme Komitesi Sorumlu Bakım, 2007

⁹⁰ Triemstra ve diğeri, 2010

⁹¹ van der Veen ve Mak, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kalitenin izlenmesi:

Kalite sorumluluğu, sağlayıcılara aittir. Sağlık bakımı kurumlarında kalite kanunu (Kwaliteitswet zorginstellingen; KWZ) ve Kişisel sağlık bakımında meslekler kanunu (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg; Wet BIG) adlı iki kanun, bakım kalitesiyle doğrudan ilgilidir.

Sağlayıcıların ve kurumların onaylanması ve belgelendirilmesi

Ulusal Kalite Kurumu (NZA), ev temelli bakımdaki ve ayrıca kurumlardaki bakımın kalitesini izler. Tesisler, Hollanda Akreditasyon Enstitüsü tarafından onaylanır ve onay, aşağıdaki bakım boyutlarına dayalıdır: müşterinin algıları, gayri resmi bakım hakkındaki sonuçlar, hizmet kullanımı, bakım çalışanlarının vasıfları ve memnuniyetleri ve klinik sonuçlar. Onay işlemi, geri ödeme/sözleşme açısından zorunludur.

Sağlık Denetim Kurulu (IGZ), LTC hizmetlerinin kalitesini izler. IGZ, kurumlar tarafından Sorumlu Bakım Kalite çerçevesi temelinde verilen bilgilerden faydalanır ve güvenli, etkili ve sorumlu bakıma dair değerlendirmeden edinilen sonuçları kullanır. Bu süreç, olası risklerin belirlenmesiyle başlar. Her yıl, denetlenmesi gereken birimlerin yüzdesi tespit edilir. Bu, sadece yüksek riskli kurumlarla değil, orta riskin ve en iyi uygulamayı sergileyen kurumların seçilmesiyle de ilgilidir. IGZ, gerekirse, denetim ziyaretinden sonra, sıkı bir kontrol yapıp yapmayacağına veya başka uygulamalarla ilerleyip ilerlemeyeceğine karar verebilir. Son olarak, IGZ, yılda bir kere tespit edilen, tamamlayıcı, temaya dayalı araştırmalar yapar⁹².

Bakıcıların performansı izlenir ve hükümetlerin hesap verme raporlarıyla, bilgi, halka açık hale getirir. Halka bildirmek zorunludur ve bu bildirim, bakımın etkililiğine ve güvenliğine ve ayrıca kullanıcı deneyimlerine dair göstergeleri içerir.

LTC’de Ortaklaşa Çalışma ve Entegrasyon

Hollanda’nın Bismarck sigortasına dayalı sistemi, kısa ve uzun vadeli bakım tedarikini ve ayrıca kamu, öz denetim ve piyasa rekabet modeli unsurlarını kapsayan bir kamu-özel boyutu



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ıerir⁹³. Ayrıca, Hollanda'daki dayanışmaya, eşitliğe ve ihtiyaçların yol açtığı hizmetlere dair değerler, müşteri merkezli bir yaklaşımla, üzerinde daha fazla görüşölmüş ve kendi kendini yöneten bir sistemi teşvik eder⁹⁴. Bu bağlamda, ulusal politikanın amaçlarını hayata

⁹² Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007

⁹³ Hardy ve diğerleri, 1999

⁹⁴ Ex ve diğerleri, 2004



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

geçirmek, genel olarak, yerel makamlarla hizmet sağlayıcıları arasındaki işbirliğine dayalıdır. Hollanda'nın yerel idareleri – ister kendi evlerinde, isterse bakımevlerinde yaşasın – yaşlıların sosyal refahına odaklanır. Bu odak noktası, Hollanda'daki geniş yerel makam birimleri ve ilgili kurumlarla ortaklaşa çalışmayı harekete geçirir⁹⁵.

Hollanda, uzun vadeli bakım hizmetlerine yönelik entegre komşuluk yaklaşımlarını (INA'lar) teşvik eder. INA'lar, toplumların, sağlık ve refahın ortak üreticileri olduğunu bünyesinde bulundurur ve kabul eder. Bunlar, belediyeler, sağlık ve sosyal bakım, gayri resmi bakım sağlayıcıları, gönüllü/üçüncü sektör, kiliseler, okullar ve özel sektör arasında işbirliğinden oluşur ve bu nedenle, hâlihazırdaki hizmet bölünmesiyle başa çıkma ve bakım ve desteği, insanların (karmaşık) ihtiyaçlarına göre koordine etme aracı olarak gün geçtikçe savunulurlar. INA'ların amacı, mevcut komşuluk kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmak ve vatandaşların özel ihtiyaçlarına cevap verebilirliği arttırmak ve böylece kişi ve nüfus merkezli destek tedariki sağlamaktır. Hem resmi, hem de gayri resmi bakım arasında kişi merkezli bakım ve koordinasyon, önemli derecede farklılık sergileyen bakım sistemlerine rağmen, genellikle özel sektör ve kamu tarafından fon sağlanan sağlık bakımının önemli bir bileşeni olarak görülür.

INA, Hollanda'nın tümünde karmaşık bakım ihtiyaçlarına sahip yaşlılar için bakımı iyileştirme amacıyla tasarlanan Yaşlılar için Ulusal Bakım Programının bir parçası olarak, Hollanda Sağlık Araştırma ve Geliştirme Örgütü (ZonMw) tarafından sağlanan bir bağışla desteklenir. Yaşlılar için Ulusal Bakım Programı, Nisan 2008'de başlatılmıştır ve 2016'ya kadar devam edecektir. INA için sağlanan fonlar, Hollanda Sağlık Makamından (NZa), Geriatrik Ağ Rotterdam'dan ve Rotterdam Belediyesinden de alınır. 2011 yılında, Rotterdam Belediyesi, yerel sağlık ve sosyal bakım kurumları, Erasmus Üniversitesi Rotterdam, Uygulamalı Bilimler Üniversitesi ve Geriatrik Ağ, initiated the INA for community-dwelling older people in Rotterdam called 'Let's Talk' (Even Buurten) in which the municipality took the lead. Bunun kapsayıcı amacı,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

toplum içinde yaşıyan yaşlıların bağımsız şekilde yaşamalarına olanak sağlayan, destekleyici bir çevre yaratmaktı. Sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, Rotterdam’da büyük oranda mevcut olmasına rağmen, genellikle bölünmüştür ve güçsüz yaşlıların erkenden belirlenmesini destekleyen sosyal yardım faaliyetlerini içermez. Yaşlıların evlerinde yaşamalarına devam etme yeteneğini kolaylaştıran (önleyici) stratejilere yatırım yapma ihtiyacı, belediyelerin

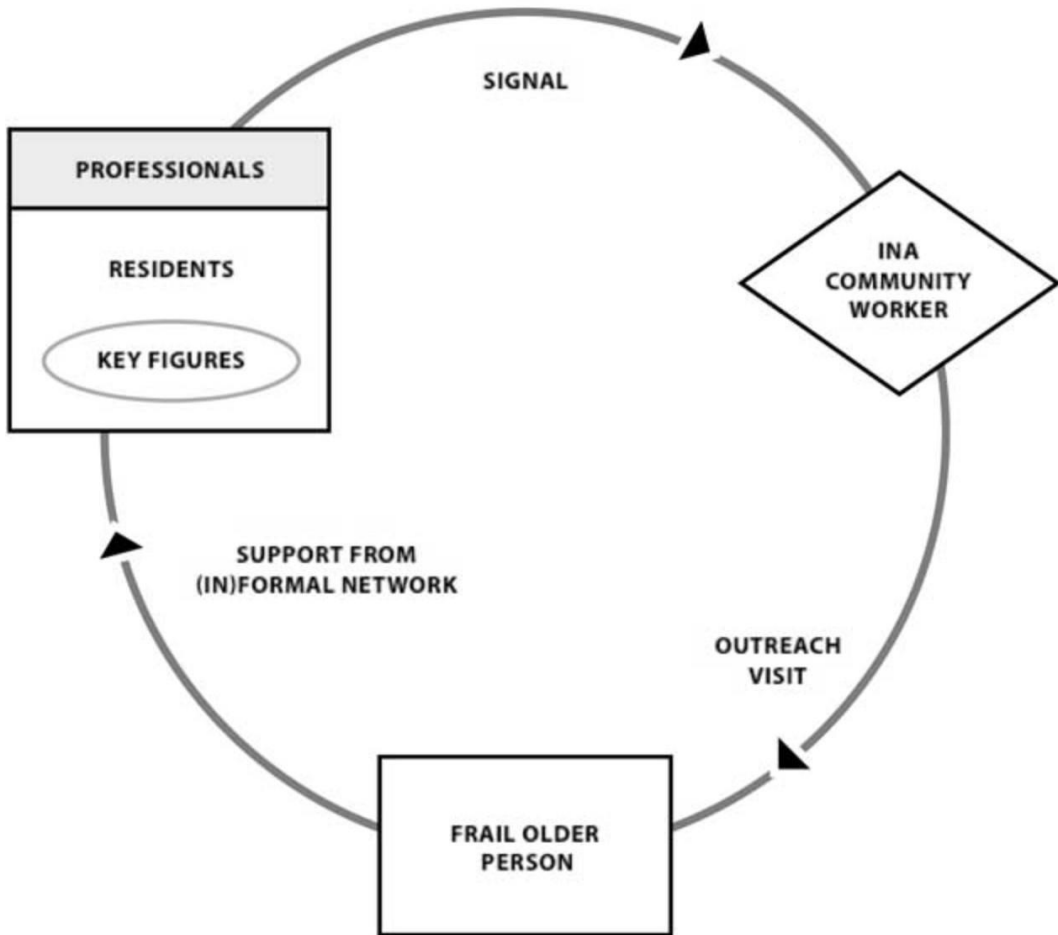
⁹⁵ Chen 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sosyal hizmetlerle ilgili sorumluluklarıyla (örneğin, evde bakım ve yaşlıların ve gayri resmi destek sağlayıcıların desteklenmesi) birlikte artmıştır. Bu amaca ulaşmak için INA'nın, Hollanda'daki yaşlılar için bakım ve destek tedarikiyle ilgili engelleri aşması, halihazırdaki hizmetleri en uygun hale getirme çabalarında birbirlerine karşılıklı olarak bağlı olduklarını kabul etmelerine dayalı olarak, sağlık ve sosyal bakım sağlayıcılarıyla toplumdaki gayri resmi destek sağlayıcıları arasındaki ağları güçlendirmesi gerekir. INA bağlamında, profesyonellerden ve konaklayanlardan, mahallelerini izlemeleri ve yaşlılar arasındaki güçsüzlük göstergelerini INA toplum çalışanlarına bildirmeleri istendi (Şekil 15).

Şekil 15 Hollanda'daki INA Modeli





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Erken tespit ve vaka saptaması, yaşlıların yerlerinde yaşlanmalarını desteklemek açısından çok önemlidir. Konaklayanlar, yaşlıların hayatlarındaki değışiklikleri ve bozulmaları, genellikle profesyonellerden daha erken safhada fark ederler. Mahallelerin ‘gözü kulağı’ olan önemli kişileri, aktif sakinler ve ayrıca bu alanlarda çalışan profesyoneller (örneğin, pratisyen hekimler, sosyal hizmet görevlileri, polis memurları) temsil eder. Bu önemli kişilerin, yaşlı



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

birisinin desteğe ihtiyacı olabileceğini fark etmesi halinde, INA'nın topluluk çalışanına bir sinyal yoluyla ulaşmaları beklenir. Bu topluluk çalışanları, sağlık bakımı ve sosyal bakım geçmişine sahiptir ve genellikle en azından bir sosyal hizmet görevlisini ve mahalleye aşına bir topluluk hemşiresini içeren INA ekiplerine geçici olarak yeniden tahsis edilmiş olabilirler. Topluluk çalışanları, yaşlıları evlerinde ziyaret ederler ve aşamalı mülakatlar yoluyla isteklerinin ve ihtiyaçlarının haritasını çizerler. Topluluk çalışanları, yaşlılarla istişareye girerek, (tercihen gayri resmi) ağırları içinde uygun çözümler ararlar.

Hollanda'daki Yaşlı Bakım Modelinin Özeti

Hollanda'daki yaşlı bakım modelinde, diğer Avrupa ülkelerinin aksine, aileden veya geniş topluluktan birkaç beklentiyle birlikte bakım sağlama sorumluluğu devlete aittir. Yaşlı bakımı, istihdam yoluyla işleyen ulusal bir sosyal sigorta sistemi sayesinde finanse edilir. Ulusal sigorta planının kapsamadığı bireyler için bütçe hesaplı yardımlar vardır. Ne var ki, devlet fonlu destek için daha katı uygunluk kriterlerine yönelik bir politika eğilimi vardır ve yaşlıların büyük bir kısmı özellikle huzurevi ve kurum hizmetleri olmak üzere aldıkları hizmetlere bir dereceye kadar katkıda bulunur⁹⁶. Hollanda'da yaşlı bakımı tedariki, büyük oranda huzurevinde bakıma dayalıydı (Hollanda, 1970'lerde Avrupa'nın en yüksek huzurevinde bakım seviyesine sahipti) ancak geçtiğimiz on yılda evde bakım hız kazanmaya başladı. Bu, bir öz bakım ve yaşlıların ve hizmetlere ihtiyaç duyanların bağımsızlığı ideolojisi kapsamında meydana geldi. Bu ideolojiye rağmen, gayri resmi bakım tedariki, nüfusun yaklaşık sekizde birinin ücretsiz yaşlı bakımı sağladığına dair tahminler de söz konusu olduğunda sağlanan bakımın önemli bir kısmını oluşturur⁹⁷.

Hollanda modeli içinde, devlet yaşlıların bakımını doğrudan sağlamaz, daha ziyade devlet o zamanlar ilgili kurumlara taşere edilen yaşlı bakım hizmetlerinin yapılandırılmasında önemli



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

bir rol oynar. Bununla birlikte, diğer hizmetlere veya gayrı resmi desteğe erişemeyenler için bir güvenlik ağları görevi gören bazı mütevazı, doğrudan kamu hizmeti tedarikleri vardır. Gayrı resmi bakım kapsamında, yaşlılar için bakım tedarikinde oynadıkları rol nedeniyle doğrudan yardım alınmazken, kişisel bütçelerin getirilmesi, evde bakım hizmetlerine bir

⁹⁶ Lyon & Glucksmann 2008

⁹⁷ Gkucksmann & Lyon 2006



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

alternatif olarak işler ve aile ve gayrı resmi bakıcılar için ödeme yapmak amacıyla kullanılabilir. Yapılan araştırmalarda, özel sektör için güçlü bir rolle birlikte, yaşlılar için bakım sağlamak amacıyla resmi ya da gayrı resmi göçmen işçi kullanımının Hollanda'da düşük düzeyde olduğu öne sürülür⁹⁸.

Hollanda'daki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Hollanda örneği, Belçika ve Avusturya gibi Avrupa ülkelerinde yer alan kurumsal bir refah modeli örneğini temsil eder. Bu model, Avrupa'daki diğer ülkelerden farklılık göstermekle birlikte, Hollanda, birçok Avrupa ülkesi tarafından benimsenen kişiselleştirme gündemine doğru bir yönelime işaret eden ve bakım tedarikini kurumsal ortamlardan yaşlıların kendi evlerine doğru yönlendiren kişisel bütçeyi getirmiştir. Nakit yardımları, özel sektör dahil olmak üzere kurumları yaşlılar için bakım sağlama piyasasında rekabet etmeye teşvik eden bir piyasalaştırma süreciyle ilişkilidir. Bu dinamikler, devletin doğrudan hizmet tedariki yerine özel sigortacılar arasındaki rekabeti yönetmeye doğru yönelmesini kapsamıştır⁹⁹. Yaşlılar için bakım modelinde büyük oranda reformlar yapılmıştır ve Hollanda'nın sağlık ve reform tecrübesi, sağlık hizmeti finansmanının altında yatan modeli temelden değiştirmenin mümkün olduğunu gösterir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

⁹⁸ Visser-Jansen & Knipscheer 2004; Lyon & Gluchsmann 2008

⁹⁹ Robertson ve diğerleri 2014



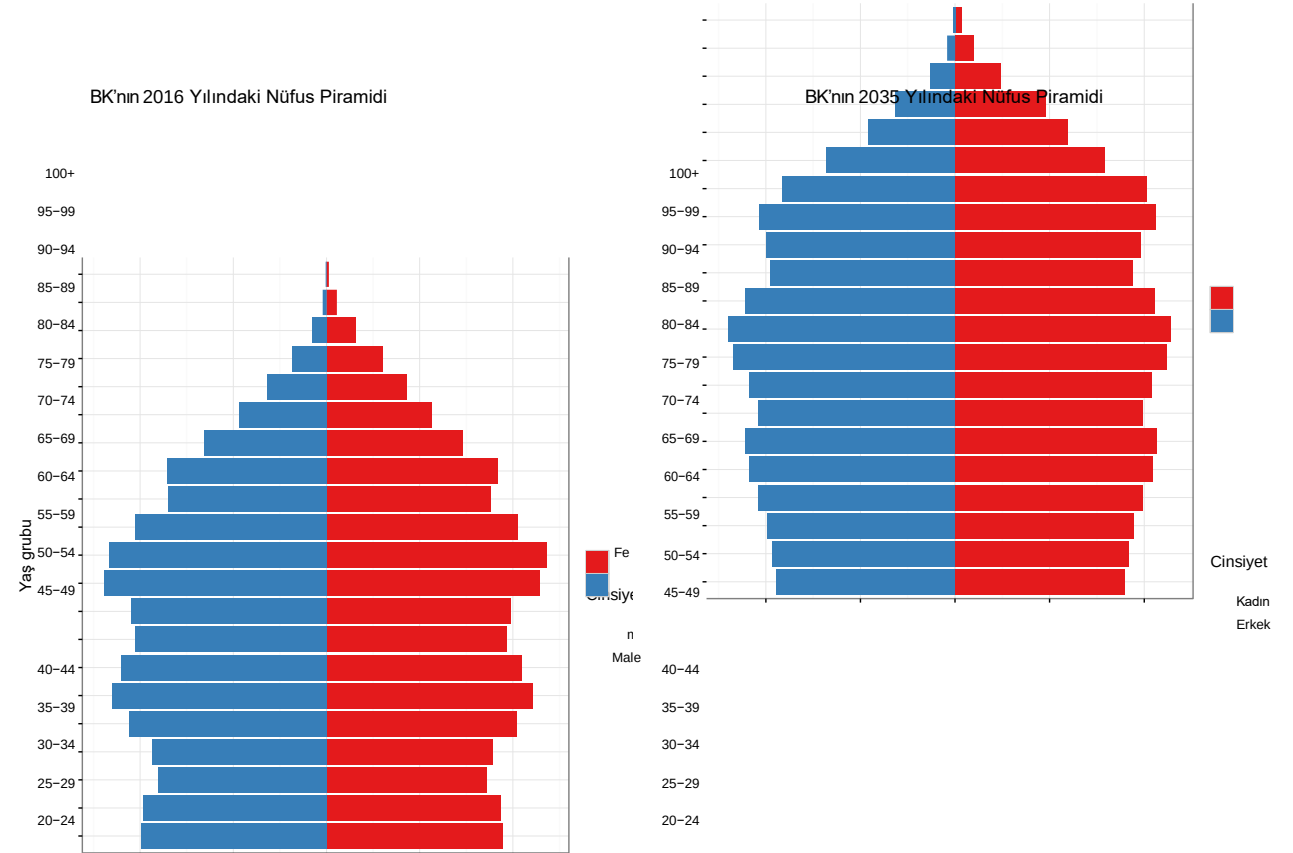
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 5: Birleşik Krallık'ta Yaşlı Bakım Sistemi

Arka Plan: Birleşik Krallık'ta Yaşlanmak

Birleşik Krallık, Avrupa'nın en büyük nüfuslarından birine sahiptir (Almanya'nın nüfusundan daha az ve Fransa ile İtalya'nınkine yakındır). 2016 yılında yaklaşık 65 milyonluk toplam nüfusa sahip Birleşik Krallık'ta (BK) 65 yaş ve üzeri 11 milyon kişi vardır; 85 yaş ve üzeri kişinin sayısı 1,5 milyondur. Ayrıca, BK'da 60 yaş ve üzeri kişilerin sayısı, 18 yaş altındakilerin sayısından fazladır. Şekil IV.1, İngiltere'nin 2016 yılındaki ve 2035 yılı için tahmin edilen nüfus piramitlerini gösterir.

Şekil 16 BK'nın 2016 ve 2035 yıllarındaki nüfus piramidi





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

15-19

15-19

10-14

10-14

5-9

5-9

0-4

0-4

M. Ismail, Analytical Research Ltd.

M. Ismail, Analytical Research Ltd.

Data source: census.gov

Data source: census.gov

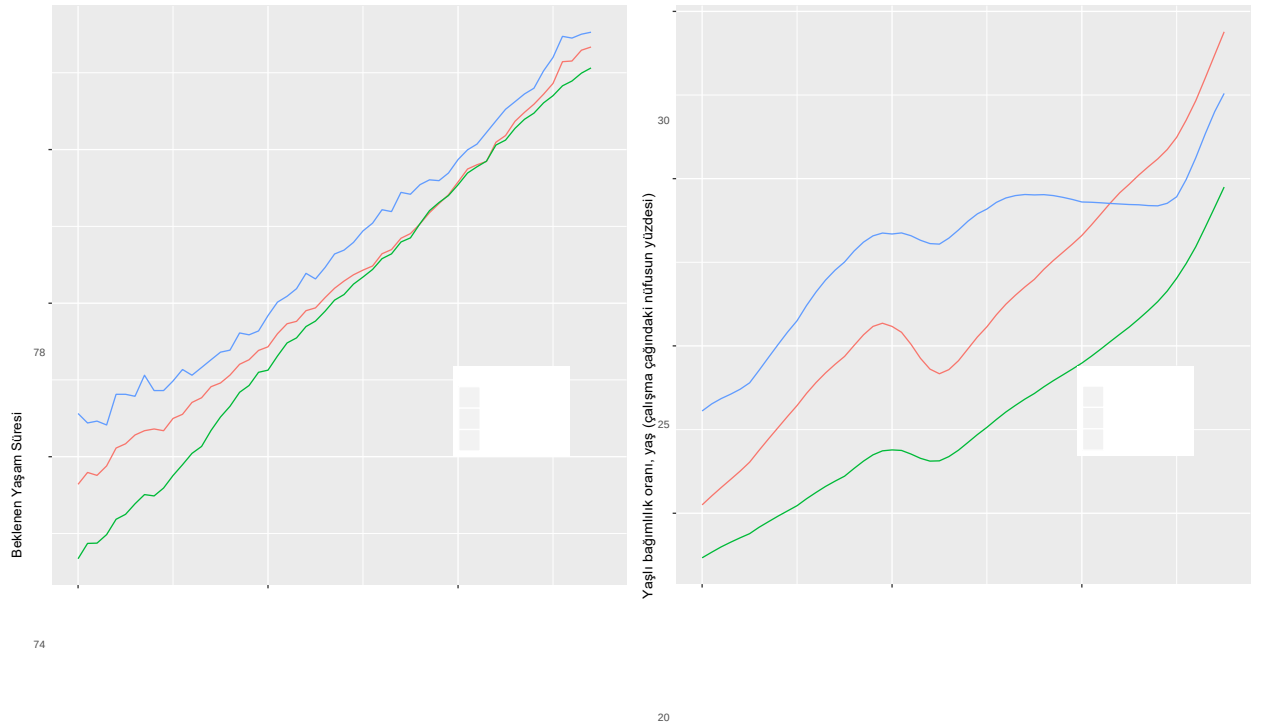
Birçok AB ve OECD ülkesine benzer şekilde, BK'nın nüfus yapısı değişmekte ve yaşlı gruplarında artışlar olması tahmin edilmektedir. 2035'e dair tahminler, daha fazla kadının özellikle en yaşlı yaşlılar (80+) olmak üzere yaşlı grubunda yer alacağına işaret eder; bunun sebebi, cinsiyete göre beklenen yaşam süresindeki farklılardır. Şekil IV.2'de, AB ve OECD ülkelerine kıyasla BK'da 1960'dan bu yana beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranındaki eğilimler gösterilmektedir. BK'da ortalama beklenen yaşam süresi, 1960'tan bu yana istikrarlı şekilde artmış ve AB ile OECD ortalamasının üzerinde kalmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bununla beraber, beklenen engelsiz yaşam süresi, beklenen yaşam süresinden – muhtemelen yaşayacağımız sürenin uzunluğu – daha yavaş şekilde artmaktadır, yani insanlar engelleriyle daha uzun yıllar boyunca yaşarlar. Ayrıca, yaşlı bağımlılık oranı, 1990’ların sonuna kadar artmaya devam etti ve son birkaç yılda tekrar artmaya başlamadan önce o zamanlar birkaç yıllığına sabitti. Yaşlı bağımlılık oranı, hâlihazırda OECD ülkeleri ortalamasının üzerinde ancak AB ortalamasının altındadır.

Şekil 17 AB ve OECD ortalamasına kıyasla BK’da 1960 ila 2016 arasındaki beklenen yaşam süresindeki ve yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimler



74

20

Ülke

— Türkiye
— Avrupa Birliği
— OECD üyeleri
— Birleşik Krallık

Ülke

— Avrupa Birliği
— OECD üyeleri
— Birleşik Krallık

70

15

M. İsmail, Analytical Research Ltd



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

M. Ismail, Analytical Research Ltd

1960

1980

2000

1960

1980

2000

Yıl

Yıl

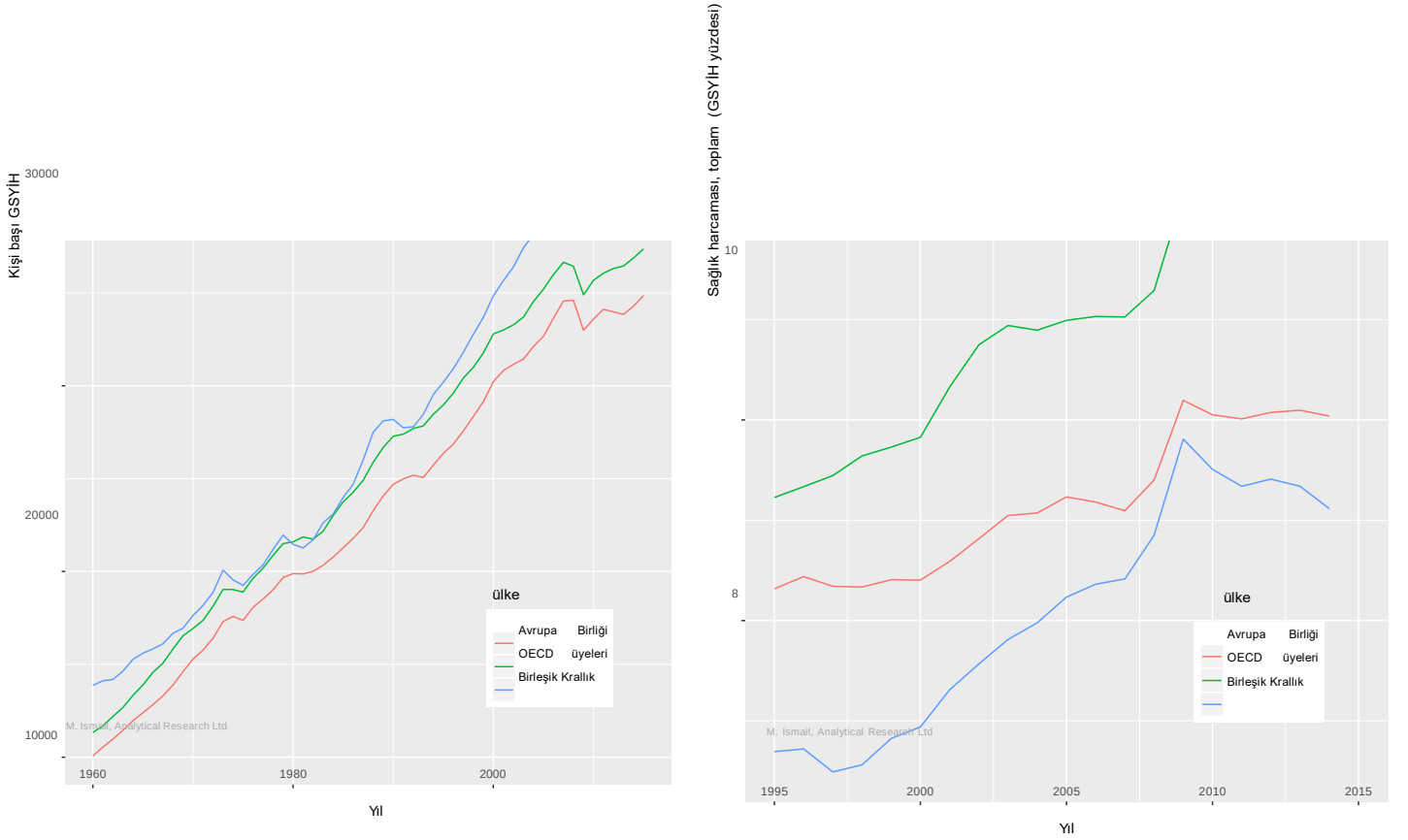
AB ve OECD ortalamasına kıyasla BK'daki kiři başına GSYİH ve sağlık harcaması ačíından, şekil 18, BK'daki kiři başına GSYİH'nın 1960'lardan bu yana son birkaç yıldır hafifçe artan boşlukla birlikte AB ve OECD ortalamalarının üzerinde kaldığını gösterir. Öte yandan, GSYİH yüzdesi cinsinden toplam sağlık harcaması, hem AB, hem de OECD ortalamasının altında kalmaya devam etti. Yaşlıların uzun vadeli bakımına yapılan kamu harcaması, geçtiğimiz on yılda önemli oranda düştü. 2005 ila 2006 arasında hafifçe azalırken, 2010-2011'den itibaren büyük oranda düştü. 2005-2006'da, yerel makamlar, yaşlı bakım hizmetleri için gerçek anlamda toplam 8,26 milyar İngiliz sterlini harcıyordu ancak son yerel makam gelir hesapları, yaşlıların sosyal bakımına yönelik bütçenin 2015-2016'da sadece 6,31 milyar İngiliz sterlinin altına düştüğünü gösterir. Bu rakam, sadece 10 yılda gerçek anlamda 2,95 milyar sterlinlik bir azalmaya işaret eder.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu azalmanın büyük bir kısmı, son beş yıla yoğunlaşmıştır: sosyal bakım bütçeleri 2010-2011 ve 2013-2014 arasında 1,2 milyar sterlinlik bir düşüş yaşamış ve 2015-2016'ya dair bütçe tahminleri, 472 milyon sterlinin üzerinde başka bir azalmaya işaret eder¹⁰⁰.

Şekil 18 AB ve OECD ülkeleri ortalamasına kıyasla 1960 ila 2016 arasında BK'daki GSYİH yüzdesi açısından kişi başına GSYİH'ndaki ve sağlık harcamasındaki eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Birleşik Krallık'taki Uzun Vadeli Bakım Politikasının Yapısı

İngiltere'nin refah modeli, sadece hizmetleri kendi başlarına satın almaya maddi gücü yetmeyen en korunmasızların kamunun finanse ettiği desteğe hak kazandığı bir 'arta kalan' modelidir. Birleşik Krallık'ta, Galler, İngiltere, İskoçya ve Kuzey İrlanda'nın kendi uzun vadeli bakım (LTC) sistemlerini ayrı ayrı yönettikleri bir LTC sistemi geliştirilmiştir. Birleşik Krallığın %83'ünün İngiltere'de ikamet ettiği göz önüne alınırsa, hizmet kullanımının ve harcamanın çoğu İngiltere ile alakalıdır. LTC'nin mali sorumluluğunun büyük bir kısmı, bireye aittir; ancak LTC finansmanı ve LTC hizmetlerinin sağlanması için oldukça kamu desteği de vardır. Uzun vadeli bakımın finanse edilmesi, özellikle Kraliyet Komisyonunun 1999 yılında rapor etmesinden bu yana yıllardır bir tartışma konusudur. Önceki iki BK hükümeti, reformlar için önemli teklifler yayınlamıştır.

¹⁰⁰ Mortimer ve Green 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

BK'nın LTC politikasına dair finansman ve yapıların kökeni, savaş sonrası refah devletine dayanır. O zamanlar yeni kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) 'tedavi' ve 'iyileştirmeden' sorumluyken, yerel makamlar 'bakım ve özen' ihtiyacı duyan kişiler için huzurevinde ve evde bakım hizmetleri sağlıyordu'¹⁰¹. 1999 yılında, sağlık ve sosyal bakım politikaları ve hizmetlerinin sorumluluğu BK Parlamentosundan İskoç Parlamentosuna ve Galler ve Kuzey İrlanda Meclislerine devredildi. Sosyal koruma ve sosyal güvence dahil olmak üzere, diğer işlevler hâlâ BK Parlamentosunun sorumluluğundadır. Yasal sorumlulukların bu şekilde devredilmesi, politika uygulamasını şekillendiren her BK ülkesinde yer alan değişik kurumsal yapılarla birlikte, BK'yı teşkil eden ülkeler arasında farklılıklara yol açmıştır. Bunların birçoğu nispeten azdır ancak sosyal bakımla ilgili olarak özellikle belirgindirler¹⁰². Bu sorumluluk bölüşümüne farklı finansman ve hesap verebilirlik mekanizmaları dayanak oluşturmuş ve bu mekanizmalar, 1940'ların sonundan bu yana temelde değişikliğe uğramadan aynı kalmıştır.

Yerel makam hizmetleri, merkezi ve yerel olarak ortaya çıkan vergilendirme karışımıyla birlikte hizmet kullanıcılarına yüklenen bütçe hesaplı ücretlerin yaptığı önemli katkılarla finanse edilir. Yerel makam LTC hizmetlerinin merkezi hükümete hesap verebilirliği, son 50 yılda çok çeşitli mali kontroller ve performans yönetim mekanizmaları yoluyla artmıştır ancak yerel olarak seçilen siyasetçilerin de bazı hesap verme zorunlulukları vardır. LTC devlet harcamasını azaltmak, birbiri ardına gelen BK hükümetleri tarafından 2008 yılındaki mali kriz sonrası hükümet açıklamalarıyla başa çıkma mantığıyla benimsenmiş bir politikadır. Sosyal hizmetlerine dair bu yaklaşımı benimseyen ilk Avrupa ülkelerinden birisi olan BK, bu süreci Thatcher hükümeti (1979-1983) sırasında başlattı. Son 20 yıldaki reformlar, piyasayla ilgili rekabetin maliyetleri düşürme, sağlayıcıların gücünü azaltma ve kullanıcılar için seçim, kalite ve duyarlılığı iyileştirme açısından etkililiğine duyulan sürekli inancı yansıtmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Merkezi hükümet, baştan sona sağlık ve sosyal hizmetler politikasından sorumludur. BK’da, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler gelişmiş bir fonksiyondur, ancak bu merkezi hükümetin İngiltere dışındaki üç ülkedeki rolü, İskoç Yönetimi, Galler Milli Meclisi ve Kuzey İrlanda Meclisine devredilir. Bu durum, politikaların, BK’yı oluşturan dört ülke arasında farklılık

¹⁰¹ Means ve Smith 1998

¹⁰² Bell, 2010



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gösterebileceği anlamına gelir.

Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) altındaki sağlık hizmetlerine, çoğunlukla genel vergilendirmeye ama kısmen ulusal sigorta katkılarıyla fon sağlanır. Kaynaklar, merkezi hükümet tarafından, nüfusları için çeşitli sağlık hizmetleri tahsis etmekten sorumlu yerel birincil bakım örgütlerine dağıtılır.

Sosyal hizmetler için fon, yerel makamlarca; yerel vergilerden ve kullanıcıların hizmet ücretlerinden edinilen kaynaklarla ama esasen merkezi hükümet bağışlarıyla sağlanır. Bu, sosyal hizmetlerin, genel vergilendirmeye de finanse edildiği anlamına gelir. Yerel makamlar, bölgelerinde yaşıyan bireylerin bakım ihtiyaçlarını değerlendirmekten, uygun oldukları ve mali kriterleri karşıladıkları değerlendirilen kişilere bakım hizmetlerini düzenlenmekten ve maddi destek sağlamaktan sorumludur. Yerel makamlar, bakım sağlamaktan ve kapasite planlamasından sorumlu değerildir ama yerel nüfuslarının ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaları gerekir.

Yerel makamlar, satın alma ve fon sağlama rolleri açısından önemli derecede özerkliğe sahiptir. Merkezi hükümetten bir bağış alır ve ayrıca kendi fonlarını, kendi yerel vergilerini belirleyerek toplar. Aldıkları merkezi hükümet bağışı, genellikle belirli hizmetler için 'tahsis edilmiş' değerildir ve bu nedenle yerel makamlar, kendi genel bütçesini sorumlu olduğu eğitim, sosyal hizmetler, planlama, vb. farklı hizmetlere nasıl tahsis edeceğine karar verebilir.

Mevcut mali iklim içinde, nüfus yaşılanması ve diğer faktörler nedeniyle uzun vadeli bakım taleplerindeki artışla birlikte, 2015/16 yıllarında, NHS sağlayıcıları, bütçelerinde 2,45



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İngiliz sterline varan fazla harcama yapmıştır. Local authorities were reported to have spent £168 million more than they budgeted for, often drawing on their reserves to do so¹⁰³.

Tahminlere göre, sektör, her yıl için İngiliz ekonomisine 40,4 milyar İngiliz sterlini katkıda bulundu; işçiler, ortalama olarak, sektörde sekiz yıllık deneyime ve bu görevde dört yıllık deneyime sahipti; yetişkinler için sosyal yardım iş gücünün çoğunluğu (%83) İngiliz idi, %7'si

¹⁰³ Bakım Kalite Komisyonu 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

AB vatandaşıydı ve %11'i AB vatandaşı değildi; bir işçinin ortalama yaşı 43 idi ve beşte biri, 55 yaş üzeriydi; Ocak 2015'ten bu yana görevlerinde yeni olan, doğrudan istihdam edilmiş personelin yaklaşık üçte ikisi Bakım Sertifikasına sahipti veya bu yönde çalışıyordu; 2015/16 yıllarında, zorunlu Ulusal Geçim Maaşının başlatılmasından önce, , bakım görevlisi ödemesi 7,46 İngiliz sterlini idi; 2015 yılında, yeni başlayanların oranı %35 ve personel değişim oranı %27,3 idi¹⁰⁴¹⁰⁵.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Bakım ve destek ihtiyaçları duyan yetişkinlere ve yaşlılara ve ayrıca onlara bakanlara odaklanan Bakım Kanunu (2014), değerlendirme sürecine rehberlik eder. Bu, bazı uzmanlık alanlarını kapsamaz. Zihinsel sağlık kanunu, 1983 tarihli Zihinsel Sağlık Yasasıyla ayrıca belirlenir. Örneğin, ileri demans nedeniyle işlerini kendi başına yapmak için gereken ruhsal kapasiteye sahip olmayan kişiler için karar vermeyi ve diğer konuları yöneten kanun, 2005 tarihli Zihinsel Kapasite Yasasıdır. Bununla beraber, bilişsel güç kaybı yaşayan ve akıl hastalığından mustarip kişiler, 2014 sayılı Bakım Kanunu uyarınca, başkalarıyla aynı haklara sahip değildir.

2014 sayılı Bakım Kanunu, yerel makam yetişkin sosyal hizmetlerinin kanuni yetkilerini ve görevlerini başlı başına düzenler. Daha detaylı bazı yasalar, bu Kanun uyarınca hazırlanan yönetmeliklerdedir. Bu yönetmeliklerden 20 set mevcuttur ve bunlar da yasal olarak bağlayıcıdır. Profesyonellerin bu kanunu uygulamaya geçirmelerine yardımcı olmak amacıyla, İngiltere Sağlık Bakanlığı, bu kanunun nasıl işlemesi gerektiğine dair oldukça detaylı tavsiyeler sağlayan 2014 tarihli Zorunlu Bakım ve Destek Kılavuzunu da yayınlamıştır.

Aşağıdakiler dahil olmak üzere, durumunuzun yerel makamın dikkatine sunulabileceği bazı yollar vardır: kendi kendine sevk; bir bakıcıdan, arkadaştan ya da aile üyesinden veya GP'niz



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

gibi bir profesyonelden, bireysel izinle sevk. Bir bireyin hastaneden taburcu olduktan sonra evde yardıma ihtiyacı olduğunu değerlendirmesi halinde, bu kişi, bir hastane ortamındaki bir hekim veya hemşire de olabilir. Yerel makam, bir bireyin ihtiyaçları olabileceğinin farkına vardıktan sonra, bu makamın, bir ' ihtiyaçlar' değerlendirmesi yapma görevi ortaya çıkar. Bu, yasal bir görevdir ve yapılan değerlendirme, bireyin ihtiyaçlarının tüm özelliklerini göz önüne

¹⁰⁴ Hussein, Ismail ve Manthorpe 2016b

¹⁰⁵ Bakım Becerileri 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

almalıdır. Yaşlı bir kişi, ihtiyaçlar değerlendirmesi için gereken özellikleri neredeyse her zaman taşır. Bu, çok çeşitli yollarla yapılabilir. Bu hak, bireyin mali durumundan veya diğer koşullardan etkilenmez. Bireye veya bakıcısına değerlendirmenin bir nüşhası verilecektir.

İhtiyaçlar değerlendirmesinden sonra, yerel makam, birey için bakım hizmetleri sağlayanın veya düzenlemenin gerekip gerekmediğine karar vermelidir. Karar vermek için ulusal uygunluk kriterlerini kullanır. Bunlar, kıt kaynakları en çok ihtiyaç duyanlara vermeye çalışmak ve bundan emin olmak için sınırlı kaynakları blştrmenin bir yoludur. Bakıcının uygunluk kriteri, bakım ihtiyaı duyan kişinin kriterinden biraz farklıdır. Bireysel olarak belirlenen ihtiyaçların uygunluk kriterlerini karşıladığı belirlendikten sonra, yerel makamın, bakıcılar dahil, toplumda başka bir destekle karşılanamayan ihtiyaçların karşılanması amacıyla, kişi için destek düzenleme veya sağlama yönünde yasal bir görevi ortaya çıkar.

Bakım desteği, bt hesaplıdır. Yerel makam, bir bireyin, değerlendirilen ihtiyaçları karşılamak için hizmetler sağlama maliyetine ne kadar katkı sağlaması gerektiğini belirlemek amacıyla, bir mali değerlendirme (bt hesabı) yapacaktır. Bazı kişiler, tüm bakım maliyetlerini karşılayabildiği yönünde değerlendirilecektir. Yerel makamlar, genel ücret seviyeleri hakkındaki bilgileri yayınlamalı ve bt hesabını işlerken ulusal kılavuz ilkeleri izlemelidir.

Her yerel makamın değerlendirmeleri yapma şekline dair büyük bir takdir yetkisi vardır ama izlenmesi gereken bazı önemli yasal ilkeler de mevcuttur. Örneğin (2014 tarihli Bakım Kanundan bölüm 9 (yetişkinler) ve bölüm 10 (bakıcılar)):

- değerlendirme, refah faktörleri üzerindeki etkileri ve kişinin elde etmek istediği sonuçları içermelidir;
- yetişkin, bakıcı veya yetişkinin istediği başka bir kişi dahil edilmelidir; bir bakıcı değerlendirmesi durumunda, bu kişi, bakıcı ve dahil etmek istediği başka bir kişidir;



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- değerlendirmede, önleyici hizmetler ve/veya tavsiye ve bilgi dahil olmak üzere, bakım ve destek sağlamanın dışında, bireyin istenen sonuçlara ulaşmasının yollarını göz önüne almalıdır;

Bakıcılar durumunda, bölüm 10, bakıcı değerlendirmelerinin aşağıdakileri de göz önüne almasını gerektirir:

- bakıcının bakım sağlamaya devam edip edemeyeceği ve devam etmeyi isteyip istemediği veya istemeyeceği;
- bakıcının çalışıp çalışmadığı veya çalışmayı isteyip istemediği; ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- bakıcının eğitim, öğretim veya boş zaman etkinliğine katılıp katılmadığı veya katılmayı isteyip istemediği.

Değerlendirme, uygun bir şekilde eğitilmesi gereken, ilgili becerilere, bilgiye ve yeterliğe sahip bir kişi tarafından yapılmalıdır. Bu, değerlendirmeyi yapan kişinin yetkin bir sosyal hizmet görevlisi olması gerektiği anlamına gelmez ama bu kişi, bu işi yapmak üzere yetkin ve eğitilmiş birisi olmalıdır. Bir bireyin karmaşık ihtiyaçları varsa, büyük ihtimalle vasıflı bir sosyal hizmet çalışanı veya bir meslek hastalıkları uzmanı veya her ikisi tarafından değerlendirilmesi gerekir. Bir bireyin demans gibi uzmanlaşmış bir durumu varsa ve bilhassa eğer bir kişi hem sağır, hem de körse, bu kişiler, uygun eğitimi almış bir uzman tarafından değerlendirilmelidir.

Uygunluk eşiği, bakım ihtiyaçları duyan yetişkinler ve bakıcılar için farklıdır. Her iki kriter seti, 2014 tarihli Bakım ve Destek (Uygunluk Kriterleri) Yönetmeliklerinde düzenlenir.

Bir birey, uygunluk eşiğini aşağıdaki durumlarda karşılayacaktır:

- İhtiyaçları, herhangi türde bir engel veya hastalıkla bağlantılıdır; ve
- Bu ihtiyaçlar, aşağıdaki listede yer alan iki veya daha fazla sonucu elde etmesini engelliyordur; ve
- bu durum, refahları üzerinde önemli bir etkiye yol açıyordur.

Yönetmeliklerdeki sonuçların listesi, aşağıdaki gibidir

(a) beslenmeyi yönetmek ve sürdürmek;

(b) kişisel hijyeni muhafaza etmek;



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

(c)tuvalet ihtiyaçlarını yönetmek;

(d)uygun şekilde giyinmiş olmak (bu, giyinebilmeyi içerir);

(e)yetişkinin evinden güvenli şekilde faydalanabilmek;

(f)yaşanabilir bir ev çevresini muhafaza etmek;

(g)aile ilişkilerini veya diğerk kişisel ilişkileri geliştirebilmek ve sürdürörebilmek;

(h) işe, eğitime, öğretime ve gönüllü çalışmaya erişmek ve bunlarla meşgul olmak;

(i)gerekten tesislerden veya toplu taşıma dahil olmak üzere, yerel toplumdaki gerekli tesislerden ya da hizmetlerden ve dinlence-eğlence tesislerinden ya da hizmetlerinden faydalanmak; ve

(i)yetişkinin bir çocukla ilgili bakım sorumluluklarını yerine getirmek.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yönetmelikler, aşağıdaki durumlardaysanız, bir sonuç alamadığınız şeklinde muamele göreceğinizi de belirtir:

(a)bunu yardım almadan başaramamak;

(b)bunu yardım almadan başarabilmek ama bunu yapmanın size büyük oranda acı, sıkıntı veya endişe vermesi;

(c)bunu yardım almadan başarabilmek ama bunu yapmanın sizi tehlikeye sokması veya sizin veya başkalarının sağlığını veya güvenliğini tehlikeye sokma ihtimaline yol açması; veya

(d)bunu yardım almadan başarabilmek ama normalde beklenenden önemli derecede daha uzun sürmesi.

Yerel makam tarafından uygun oldukları düşünülen ve bütçe değerlendirmesinden geçen kişiler, yerel makamın fon sağladığı hizmetler (veya doğrudan ödemeler) için gereken özellikleri taşırlar. Uygunluk kriterleri, değerlendirmelere dair düzenlemeler ve bütçe düzenlemeleri, yerel olarak belirlenir ve yerel makamlar arasında değişkenlik mevcuttur.

Hizmetler ve Kullanıcıların Profili

BK'da üç tip kurumsal bakım vardır: Huzurevleri; Bakımevleri ve evde bakım. Gönüllü örgütler, yerel konseyler, sağlık makamları ve özel kuruluşlar dahil olmak üzere, karışık bir piyasa, LTC sağlar. Kamu sağlayıcıları, hem yerel makamlarca yönetilenleri, hem de NHS tarafından yönetilenleri içerir. BK'daki bu evlerin küçük bir yüzdesi kamu sektörü tarafından işletilirken, çoğunluğu özel sektördeki sağlayıcılarca işletilir. Birçok kamu şirketi, 2000 yılının başına devletin LTC için fon yetersizliği dahil olmak üzere kötü piyasa koşulları nedeniyle özelleştirildi. BK'da, 10 özel şirket, LTC piyasasının yaklaşık yüzde 20'sini oluşturur¹⁰⁶. Birleşik Krallık, LTC ihtiyaçları için akut sağlık hizmetlerinin kötüye kullanımını önlemek amacıyla hastane dışında bakım desteği ayarlar. Birleşik Krallık'ta akut bakımda demans için ortalama kalış süresi 2004 yılında 74 günken, bu sayı 2008'de 62 güne inmiştir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kamu tarafından finanse edilen sosyal hizmetlere erişim, esasen yerel makam sosyal hizmetler birimi tarafından yönetilen bir bakım ihtiyaçları değerdendirme yoluyla yapılır. Değerdendirme ve bakım yönetiminin amacı, hizmetleri daha fazla engelli olanlar için hedeflemeye özen göstererek insanların ihtiyaçlarıyla kullanılabilir hizmetleri eşleştirmektir. İnsanlar, evde yardım sağlayanlara veya bakımevlerine de doğrudan yaklaşabilirler. Bakım değerdendirmesi ve organizasyonunun koordine

¹⁰⁶ Teknoloji Strateji Kurulu 2012



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

edilmesine bir bakım yöneticisi dahil edilebilir. Bakım yöneticisi, hizmetlerin satın alınması için devredilmiş bir bütçeye sahip olabilir. Uygunluk kriterleri, değerlendirmelere yönelik ayarlamalar ve bütçe düzenlemeleri, yerel olarak tespit edilebilir ve yerel makamlar arasında farklılık gösterebilir. Uygunluk eşikleri, yerel makamdan yerel makama değişir. Bununla beraber, birçok yerel makam, uygunluğu sadece asgari düzeyde varlıklara veya maddi birikime sahip olanlarla (böylece evi varlık tahminlerine dahil edilen ev sahipleri sıklıkla hariç tutulur); düşük gelirliyle ve yüksek seviyelerde bakım ihtiyacıyla sınırlandırır. Gerçekten de, kamu harcamasındaki oldukça sıkı güncel kısıtlamalar nedeniyle yerel makamların birçoğu kendi ihtiyaçlara ilişkin uygunluk kriterlerini en yüksek seviyelere çıkarmaktadır.

Yaşlıların sosyal bakımı için yapılan kamu harcaması, geçtiğimiz 10 yıl içinde önemli derecede düşmüştür. 2005/06 ile 2009/10 arasındaki hafif düşüşten sonra, 2010/11'den itibaren çarpıcı şekilde azalmıştır. 2005/06'da, yerel makamlar, yaşlılar için bakım hizmetlerine reel olarak toplam 8,26 milyar İngiliz sterlini harcadı, bununla beraber, son yerel makam gelir hesapları, yaşlılar için sosyal bakım bütçesinin 2015/16'da sadece 6,31 milyar İngiliz sterlinine düştüğünü gösterir. Bu durum, sadece 10 yılda, reel anlamda, 1,95 milyar sterlinlik bir düşüşe işaret eder. Bu azalmanın büyük bir kısmı, son beş yıla yoğunlaşmıştır; sosyal bakım bütçeleri, 2010/11 ile 2013/14 arasında 1,2 milyar İngiliz sterlini düzeyinde bir düşüş yaşamıştır ve 2015/16 tahminleri, 472 milyardan fazla İngiliz sterlini düzeyinde daha fazla bir düşüşe işaret eder.

Yerel makamların finanse ettiği kullanıcılar arasında, bakım hizmetleri, çoğunluğunda (%78), bağımsız sektör (gönüllü ve özel kuruluşlar), yerel konseyler (%8), sağlık makamları (%6) tarafından veya doğrudan yaşlılar tarafından işe alınan çalışanlar (%9) tarafından sağlanır.

Bakım Kalite Komisyonu, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini düzenler ve bakımevlerini, evde bakım kuruluşlarını ve hemşirelik kuruluşlarını izler. Aynı yardımlar, huzurevinde bakımı, gündüz bakımını, evlere yemek servisini, evde yardımı, ev uyarlamalarını, profesyonel desteği kapsar. Hizmetler yerine doğrudan ödemeler (nakit yardımları) alınabilir. 2015



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

itibariyle, İngiltere’de tahminen 19.300 örgüt, yetişkin sosyal bakımının sağlanmasında veya organize edilmesinde yer almıştır. Bunlar, hemşirelik hizmetleri olmaksızın 11.600 bakımevini; hemşirelik hizmetleriyle birlikte 4.600 bakımevini ve huzurevi dışındaki 8.100 bakım hizmetini kapsıyordu. Ayrıca, sadece İngiltere’de, tahminen 235.000 yetişkin, yaşlı ve bakıcı, yerel konseylerin sosyal hizmetler biriminden direkt ödeme alır. 2015 yılında, yetişkin sosyal bakım işgücünün çoğunluğu (%90), daimi sözleşmelerle işe alınmıştı.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İşgücünün yaklaşık yarısı (%51) tam zamanlı olarak; %37'si ise yarı zamanlı çalışıyordu ve geriye kalan %11'lik oranın sabit çalışma saatleri yoktu. İş gücünün yaklaşık dörtte biri (%24, 315.000 iş), sıfır saatlik sözleşmeli olarak kaydedildi ve meskende bakım hizmetleri, özellikle bakım çalışanları (%58) ve kayıtlı hemşireler (%57) arasında sıfır saatlik sözleşmeliler açısından en yüksek orana sahipti (%49). Sıfır saatlik sözleşmeye bağlı çalışanların yüzdesi, 2012/13 ile 2015/16 arasında oldukça sabit kalarak dönem içinde üç yüzde noktasıyla artış gösterdi¹⁰⁷.

BK'da, günlük hayat faaliyetlerinde zorluklar yaşayanların oranı, yaşla birlikte artar. The percentage of people with at least one difficulty increases from 21.2 per cent at age 65 to more than half aged over 8513. İnsanlar, 80'lerin sonlarına (85+) gelinceye kadar, 80'lerin sonlarındaki beş kişiden yaklaşık bir kişi, günlük hayattaki beş ya da daha fazla faaliyeti yerine getirirken zorlanır¹⁰⁸. Yaygın uzun vadeli ve kronik sağlık sorunlarının görülme sıklığı da yaşla birlikte önemli derecede artar. Örneğin, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, felç, şeker hastalığı ve kanserin yaygınlığı, 60 yaş sonrasında hızla artar. Ayrıca, yapılan son araştırmalarda, demans yaygınlığının ve görülme oranlarının önceden tahmin edildiği kadar hızla artmadığı öne sürülmesine ve bazı kanıtlarda bunların düştükleri bildirilmesine rağmen, demanslı kişilerin mutlak sayısı, yaşlı nüfus artmaya devam derken, yine de artacaktır. 60 ile 64 yaş arası kişilerin yüzde 38,1'inde teşhis edilmiş uzun vadeli bir sorun yoktur ancak bu oran, 90 ile 94 yaş grubundaki kişilerin sadece yüzde 6,5'ine iner.

60 ile 64 yaş aralığındakilerin yüzde 31,1'inde bir; %17,3'ünde iki; yüzde 8'inde üç; yüzde 3,3'ünde dört ve yüzde 2,2'sinde beş veya daha fazla sağlık sorunu vardır. 90 ile 94 yaş grubuna gelinceye kadar, insanların beş sağlık sorununa (yüzde 25,5), üç sağlık sorununa (yüzde 19,3) veya iki sağlık sorununa (yüzde 1,2) sahip olmaları, en yaygın durumdur. 90 ile 94 yaş aralığındakilerin toplamda yüzde 80'inde iki veya daha fazla sağlık sorunu vardır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Evde Bakım

Son birkaç on yıllık dönemde, BK’da evde bakım tedarikinde bazı reformlar yapılmıştır. Reformlara dair başlıca yaklaşım, yarı piyasaların oluşturulması ve daha çok geliştirilmesine

¹⁰⁷ [Bakım Becerileri 2016](#)

¹⁰⁸ [Yaş BK 2015](#)



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

yönelikti. Bu, başlangıçta tedarike dair bir 'karışık ekonomi' oluşturulmasını gerektiriyordu, yerel makamlar kendi kurum içi hizmetlerine güvenmekten ziyade dış, özel (hayır için veya kâr amacı gütmeyen) sağlayıcılarla giderek daha çok sözleşme imzalıyordu. Bununla beraber, fon yetersizliği ve evde bakım personelini işe almanın ve elde tutmanın gerektirdiği maliyetleri ve zorlukları azaltma baskıları, evde bakım ziyaretlerinin 15 dakika kadar kısa olduğuna dair yaygın eleştirilere yol açtı; uzun ziyaretler kısa tutuluyordu çünkü personele seyahat süreleri için ödeme yapılmıyordu ve kullanıcıların tipik şekilde çok sayıda farklı evde bakım görevlisi tarafından ziyaret edilmesiyle birlikte süreklilik yoktu.

Hâlihazırda, huzurevinde bakımın ücretlendirilmesine dair ulusal kurallar ve evde bakım için ücretlendirme ilkelerini belirleyen ulusal kılavuz ilkeler ("Daha Adil Ücretlendirme") vardır ancak yerel makamlar evde bakım durumunda daha cömert olma özgürlüğüne sahiptir. Dolayısıyla, yerel makamlar tarafından işletilen sistemler büyük bir çeşitlilik sergiler. BK Evde Bakım Birliğinin tahminlerine göre, BK'nın tümünde her hafta 500.000'den fazla kişi kendi evinde uzun vadeli bakım hizmetleri (evde bakım) alır. Ayrıca, evde bakımın tümünün en azından %70'inin devlet, çoğunlukla yerel konseyler ve Kuzey İrlanda'daki sağlık ve sosyal bakım vakıfları tarafından satın alındığı tahmin edilmektedir.

Huzurevinde Bakım

Birleşik Krallık'ta üç tür kurumsal bakım vardır: huzurevleri, bakımevleri ve uzun kalışlı hastane tedariki (ancak huzurevinde bakımla bakımevleri arasındaki resmi fark Nisan 2002'de kaldırılmıştır. Bazı huzurevleri yerel makamlarca işletilirken, huzurevlerinin ve büyük bir kısmı ve bakımevlerinin tümü bağımsız sektördedir.

Birleşik Krallık'ta, yerel makamlar, kamu tarafından sübvansye edilen huzurevinde bakım ve evde bakım hizmetlerini sağlayanlara ödenen ücretleri görüşür. Yerel makamlar birçok



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

alanda yerel sağlayıcıların başlıca bakım alıcıları oldukları için ücretleri nispeten düşük seviyelerde görüşmek üzere piyasa güçleri oldukça fazladır. İnsanların toplumdaki bağımsızlığını muhafaza etmeye doğru yönelen genel bir politikayla birlikte, bu ücret seviyeleri, 1998 ila 2000 yıllarında huzurevinde bakım ve bakımevi yerlerinin sayısında meydana gelen düşüşün sebeplerinden birisi gibi görünmektedir. Düşük ücretlerin yanında, birçok anında teslim sözleşmesinden oluşan geri ödeme ve sözleşme düzenlemeleri, sağlayıcılar açısından bir sorun teşkil edebilir. Özel huzurevi ve bakımevi sağlayıcıları, kendi



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

bakımlarını finanse eden kişilerden sıklıkla yüksek ücret isterler. Bu durum, kamunun finanse ettiği sakinlerin bakımının etkili, özel olarak finanse edilen sakinler tarafından sübvansediliyor olabildiği anlamına gelir.

Nakit Yardımları

Önemli, tekrarlanan veya düzenli kişisel bakım ve/veya gözetim ihtiyacı duyan kişiler, Bakım Ödeneği (veya çalışma çağındaki engelli bireyler için Engelle Yaşama Ödeneği) adlı sosyal güvenlik nakit yardımı için talepte bulunabilir. Bunlar, ihtiyaç duyulan yardım seviyesine göre farklı düzeylerde ödenir ve esasen engelliliğe ilişkin ekstra harcamaları karşılamak için tasarlanmıştır. Ne var ki, yardımların giderek bakım ödemesi için kullanılabilir hale getirildikleri varsayılmakta ve bu yardımlar genellikle kullanıcı ücretlerinin bütçe hesaplı hesaplamalarında hesaba katılmaktadır. İhtiyaçları, yerel makam tarafından finanse edilen evde bakım hizmetlerine hak kazanmaya yetecek kadar yüksek olmayan bireyler, çeşitli gayri resmi destek ve ticari hizmetler için ödeme yapmak üzere ödenekleri kullanabilirler.

Ailedeki bakıcılara verilen Bakıcı Ödeneği adlı bir nakit aylık bağlama yardımı da vardır ancak bunun seviyesi oldukça düşüktür ve bakıcıların buna uygun şartları taşıyabilmek için ücretli işten belirli bir miktarın üzerinde kazanmadıklarını kanıtlamaları gerekir.

Kişisel bütçeler

LTC finansman baskılarına cevaben, ikinci bir reform safhası bireysel bütçelerin (IB'ler) denenmesiyle birlikte 2005'te başladı. 2007'de kişiselleştirme gündemi yürürlüğe girdi ve 'kamu hizmetlerinde modernleşmenin köşe taşı'¹⁰⁹ olarak görüldü, kişisel bütçelerle (PB) (kişiselleştirmenin önemli bir bileşeni) birlikte bu bakım tedarikinin 'ana akım' kısmı haline geldi ve Bakım Kanunuyla (2014)¹¹⁰ bu politika kendi Yasal Kılavuzluğu yoluyla güçlendirildi:



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

*İhtiyaçları yerel makam tarafından karşılanan herkes ... bakım ve destek planı veya
destek planı kapsamında bir kişisel bütçe almak **zorundadır** (vurgu orijinaldir).*

Kişisel Bütçeler, sosyal bakım için uygun şartları taşıyan her bireye tahsis edilen kaynakların hesaplanması açısından öz değerlendirme ve şeffaf ve potansiyel olarak daha adil bir metoda yönelik daha büyük bir rolü kapsar. Bu kaynaklar, bireysel tercihlere ve bakım yöneticisiyle anlaşmaya varılan sonuçlara göre esnek bir şekilde kullanılabilir. Kişisel bütçeler farklı

¹⁰⁹ Sağlık Bakanlığı 2006

¹¹⁰ Sağlık Bakanlığı 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

şekillerde tutulabilir: hizmet kullanıcısı tarafından tutulan ve yönetilen bir nakit ödemesi; bakım yöneticisi tarafından tutulan ve yönetilen ve yerel makamdan evde bakım hizmetlerini ve diğeri hizmetleri satın almak için kullanılan veya bakım olarak ve istendiğinde ödemek üzere kullanmak için evde bakım hizmet sağlayıcısı tarafından tutulan ve yönetilenler.

Kişisel bütçeler, önceden bakım yöneticisi-satın alınan evde bakım veya direkt ödemeler yoluyla mevcut hale gelenlerden daha çeşitli hizmetleri ve görevleri satın almak için kullanılabilir. IB pilot projeleri üzerinde yapılan değerlendirmede, IB'lerin ev işlerine, bahçıvanlığa, boş zaman faaliyetlerine ve gezintilere yardımı finanse etmek için kullanıldıkları tespit edildi ancak yaşlıların aldığı düşük seviyelerdeki IB'ler, bütçelerinin büyük kısmının tipik olarak temel kişisel bakım için kullanıldığı anlamına geliyordu. Bununla beraber, kişiselleştirmenin ve kişisel bütçelerin hayata geçirilmesi tutarlı bir şekilde yapılmamıştır ve yerel makamlarla sağlayıcılar bünyesinde ve arasında oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kişisel bütçeleri alan kişilerin sayısı artmaktadır ancak kapsam hâlâ eksiksiz olmaktan uzaktır ve özellikle direkt ödemelerin sağlanması çerçevesinde konseyler arasında önemli bir farklılık vardır. Kişisel bütçe sahibi toplam kişi sayısında yaşlılar %51 ile en fazla sayıdaki kullanıcılarıdır. Bununla beraber, bu kişilerin sadece %15'i doğrudan ödeme alır.

LTC Hizmetlerinin Yönetmelikleri ve Standartları

Yerel makamlar, bir Ulusal Göstergeler Seti yoluyla, birkaç yetişkinler için sosyal bakımla ilgili olmak üzere, yerel hükümet için aldıkları fonlardan sorumludur. Bunlar, bağımsız olarak tek başına yaşama, kullanıcı seçimi, rehabilitasyon, değerlendirmelerin zamanında olması ve bakıcılar için desteklere dair göstergeleri kapsar. Merkezi hükümet, yerel makamları, gösterdikleri iyi performans vesilesiyle daha fazla özerklikle de (başka bir deyişle, bağışların koruma altına alınması) ödüllendirebilir ancak sorun çıktığında daha fazla kontrolle devreye girebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Uzun vadeli bakım hizmetlerinin düzenleyicisi, Kalite Kontrol Komisyonudur (CQC). 2008 yılında kurulmuş ve sadece sosyal hizmetleri kapsayan CSCI ile sağlık bakımı hizmetlerini kapsayan Sağlık Bakımı Komisyonunun birleşmesi yoluyla oluşturulmuştur. Görevi, sağlık bakımının ve sosyal bakımın kalitesini düzenlemek, izlemek ve iyileştirmektir. Belirtilen hizmetlerin (sağlık bakımı veya kişisel bakım sağlayanlar) kaydedilmesinden ve denetlenmesinden sorumludur. Bakım için Ulusal Asgari Standartlar (NMS), 2000'lerin başında, bakım hizmetlerinin standardını geliştirmek amacıyla getirilmiştir. Bunlar, kısa



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

süre önce, standartları insanlar için sonuçlara odaklamak üzere güncellenmiştir. NMS, hizmetlerin denetlenmesi ve görevlendirme birimlerinin ve daha kısa süre önce sağlayıcı örgütlerin performans değerlendirmesi için temel teşkil eder. Performans değerlendirmeleri ise personel ve hizmet kullanıcılarıyla mülakatlar, CSCI'ya bakım hizmeti tarafından verilen bilgiler, hizmet kullanıcıları, bakımlarında yer alan akrabaları ve diğer profesyoneller tarafından doldurulan anketler, CSCI müfettişlerinin gerçekleştirdiği kilit bir teftiş (normalde habersizdir) ve CSCI'nın hizmet geçmişiyile ilgili olarak önemli gördüğü bilgiler dahil olmak üzere, çeşitli bilgilere dayalıdır.

Ekim 2016'da, CQC, toplam 1,206 bakım sağlayıcıyı derecelendirdi. Bunlar arasında, sadece yüzde 3'lük kısmın çok iyi; yüzde 65'in iyi; yüzde 25'in gelişme kaydetmesi gerektiğini ve yüzde 8'in yetersiz olduğunu belirledi¹¹¹. 2015/16 yıllarında ve 31 Temmuz 2016 itibarıyla, denetlenen yetişkin sosyal hizmetlerinin %71'i iyi, %1'i ise çok iyi şeklinde derecelendirildi; denetlenen GP uygulamalarının %83'ü iyi, %4'ü ise çok iyi şeklinde derecelendirildi; ve NHS akut hastane örgütlerinin sağladığı temel hizmetlerin %51'i iyi, %5'i de çok iyi şeklinde derecelendirildi. Ayrıca, 'yetersiz' şeklinde derecelendirilmiş olan NHS hizmetlerinin, bakım evlerinin, genel uygulamaların ve diğer hizmetlerin yaklaşık dörtte üçü, tekrar yapılan teftişten sonra, aldıkları dereceyi iyileştirebildi¹¹². Suiistimal riskinin en aza indirilmesini ve etkili bir sevk sürecinin yer almasını sağlamaya yönelik birçok koruma kılavuzu ve prosedürü mevcuttur¹¹³.

Ortaklaşa Çalışma ve Entegre LTC Hizmetleri

Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) ile sosyal bakım arasındaki yakın bağlantılar, BK'da uzun yıllardır siyasi görünümün bir parçası olmuştur ancak bu durum, ülkeleri arasında değişiklik gösterir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İskoçya’da, toplum planlamasının geniş şemsiyesi altında, sektörler arasında yer temelli ortaklıkların geliştirilmesi için vakıflar şart koşulmuştur. Yetişkinler için sağlık ve sosyal bakım kapsamında, Ulusal Sağlık Hizmeti Kurullarıyla (sosyal hizmetlerden sorumlu) yerel makamlar arasındaki ortaklaşa çalışma, literatürde belirgin bir şekilde bir siyaset faktörü görevi görmüştür. 2002 yılından bu yana, İskoç Toplumda Bakım ve Sağlık

¹¹¹ <http://www.cqc.org.uk>

¹¹² Bakım Kalite Komisyonu 2016

¹¹³ Ismail, Hussein ve diğerleri 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kanunu, NHS Kurulları ve yerel makamlar, toplumda bakım hizmetleri için ortaklaşa yönetim ve finans düzenlemelerini belirledi. Başlangıçta yaşlılara yönelik hizmetlerle sınırlı olan bu ortaklaşa kurullar, 2004 yılından itibaren her tür toplumda bakım hizmetini kapsamaya başladı¹¹⁴.

2004 yılında, İskoçya'nın NHS Reformu, NHS Kurullarının özel ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleriyle sağlık bakımı ve sosyal bakımı birleştirmeyi amaçlayan Toplum Sağlığı Ortaklıklarının (CHP'ler) kurulmasını zorunlu kıldı. Sağlık kurullarının ve yerel makamlarının sağlık hizmetlerini ve sosyal hizmetleri Nisan 2016'ya kadar tamamen bütünleştirmesini gerektiren Devlet Kurumları (Ortaklaşa Çalışma) (İskoçya) Kanununun hayata geçirilmesiyle birlikte, her semtteki NHS ve yerel makamlar tarafından ortaklaşa işletilen yeni Sağlık ve Sosyal Bakım Ortaklıkları (HSCP), CHP'lerin yerini almaya başladı.

İngiltere'de, ortaklaşa çalışma, hükümet politikasının istikrarlı bir özelliği olmuştur ve sağlık bakımıyla sosyal bakımın bütünleştirilmesi, birkaç yıldır gündemdedir. Sonuçta, sosyal hizmet çalışanlarının GP ameliyatlarına yerleştirilmesinden yetişkinler için sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin tek bir kurum içinde bütünleştirilmesine kadar bir dizi farklı yaklaşım ve pilot proje ortaya çıkmıştır¹¹⁵.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında 'Herkes için Kaliteli Bakımın' yayınlanması, NHS ile yerel makamların bazı sosyal bakım işlevlerini bakım vakıflarına atadıkları yerel konsey arasındaki ortaklıklar niteliğindeki 16 bakım vakfının kurulmasına yol açtı. Bakım vakıflarının özellikleri, bir merkezde toplanmış bütçeler (ortaklar, ortak bir bütçeye katkıda bulunur), baş görevlendirme (bir ortak, her iki ortak tarafından sağlanan hizmetleri görevlendirir) ve entegre tedariktir (tek bir kuruluş, her iki hizmeti sağlar)¹¹⁶. 25 entegre bakım pilotu, neyin işe yaradığına dair kanıt toplamak ve entegrasyonu ilerletmek amacıyla, halihazırda spesifik bir fonun – Daha İyi Bakım Fonu – desteğiyle hayata geçirilmektedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kuzey İrlanda'da, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler, 1970 yılından bu yana iki kademeli bir yapı yoluyla sunulur. Tek bir sağlık ve sosyal hizmetler kurulu, hizmetleri görevlendirir (esasen ülkenin dağıtıldığı beş bölgesel vakıftan). Vakıflar, hastaneleri,

¹¹⁴ NHS Konfederasyonu, 2004

¹¹⁵ (Lyon ve diğerleri, 2006).

¹¹⁶ Ramsay ve diğerleri, 2009



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sağlık merkezlerini, huzurevlerini ve gündüz bakım merkezlerini yönetir ve idare eder ve ayrıca topluma sağlık ve sosyal bakım hizmetleri sağlar. Bölgedeki her alan için, tek bir kurum, hem sağlık bakımının, hem de sosyal bakımın sunulmasından sorumludur.

Kuzey  rlanda'daki yapısal olarak entegre sistemin avantajı, tek bir fon kaynağına sahip tek bir işverenin, tek bir amaçlar setinin ve tek bir kurumsal vizyonun, başka yerlerde anlatılan bölünme sorunlarının birçoğunu  nleme ihtimali gibi g r nmektedir¹¹⁷. Bununla beraber, 2005 yılında Profesör John Appleby tarafından yayınlanan bağsız sağlık ve sosyal bakım hizmetleri incelemesi, entegre bakım başarısının vakıflar arasında farklılık gösterdiği ve aralarındaki işbirliğinin çok az olduğu sonucuna varmıştır.

Birleşik Krallık'taki Ya lı Bakım Modelinin  zeti

Birleşik Krallığın arta kalan LTC modeli, her zaman toplumdaki en yoksulu hedeflemiş ve devletin tedariki nüfusun k  k bir kısmı için bir güvenlik ağı olarak görülmüştür. Birleşik Krallık, uzun süredir yaşlıların çoğunlukla kız (veya erkek) evlatlar ve eşler tarafından yüksek düzeye *gayrı resmi bakımıyla*  ne çıkmıştır. *Devlet*, uygun şartları taşıyanlar için hâlâ önemli bir bakım finans r d r ancak devletin rolü giderek o zamanlar çoğunlukla bağımsız sektör ( zel k r amaçlı ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar) tarafından sağlanan görevlendirme hizmetleriyle ilgili hale gelmektedir. Potansiyel sağlayıcılar ihaleye girdiğinde, yerel makamlar, hizmet sunumuna 'en iyi değer'¹¹⁸ ilkesini uygulamak zorundadır.

Bazılarına göre kişisel b t çelerin getirilmesi yoluyla ki iselle me gündemi, piyasala tırma sürecinin ilerlemesine yardımcı olmuş ve devletin bazı sorumlulukları bireylere devretmi tir¹¹⁹. Ki iselle tirme gündemiyle, devlet desteği almak için uygun şartları taşıdıkları değerlendirilen bireylere, doğrudan  demeler veya kullanmayı seçtikleri hizmetleri kendileri



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

için satın alabilecekleri bakım için nakit yoluyla, kamu tarafından finanse edilen kendi bütçelerinin kontrolü verilmiştir. Böylece, piyasalaştırma, yerel makam tarafından finanse edilen bakım paketleri için rekabet eden ve dışarıdan temin edilen sağlayıcılar olarak ve satın alma gücüne sahip daha geniş bir ‘müşteriler’ havuzuna yanıt vererek özel sektörün rolünü

¹¹⁷ Heenan ve Birrell, 2006

¹¹⁸ Yerel Hükümet Kanunu 1999

¹¹⁹ Ferguson 2007



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

çeşitli kanallarla arttırmıştır¹²⁰. Bu süreçte reformların iki safhası vardı: evde bakıma ilk kez yarı piyasaların getirilmesi ve kişisel bütçelerin başlatılması.

Birleşik Krallık'taki Yaşlı Bakım Sistemi ve Daha Geniş Avrupa Kapsamı

Diğer Avrupa ülkelerine kıyasla, BK'nın yaşlı bakım sistemi özellikle İskandinav ülkeleriyle karşılaştırıldığında nispeten daha karmaşık ve daha az evrenseldir. BK'da yaşlı bakımı, kamu fonları ve özel fonlar yoluyla finanse edilir. Devlet, hizmetleri sadece bakım maliyetini kendi kendilerine karşılayamadığı düşünülenler için ve bütçe hesaplı değerlendirmeye sağlar. Bu durum, gelirleri ne olursa olsun vatandaşların tümünü kapsayan, ücretsiz ve evrensel nitelikteki sağlık hizmetlerine (Ulusal Sağlık Hizmetleri [NHS]) tamamen terstir. Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmı sağlık için LTC'den daha fazla harcama yaparken, BK'daki boşluk önemlidir. İki yardım paketi arasındaki boşluk, huzurevinde bakım için genellikle konaklama masraflarının tümünü ödemek zorunda kalan daha yüksek gelirli bireyler için daha fazladır¹²¹. Baştan sona, kamu tarafından finanse edilen LTC tedariki, yaşlı bakım hizmetlerine erişebilen tüm yaşlıların sadece yüzde 20 ila 25'ine tekabül eder¹²². Özel bakım tedariki, kâr amaçlı bakım sağlayıcılar tarafından sağlanan sosyal bakım hizmetlerinin dörtte üçünden fazlasıyla norm niteliğindedir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

¹²⁰ Himmelweit 2014

¹²¹ Robertson ve diğerleri 2014

¹²² Forder & Fernandez 2011



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 6: Karşılaştırmalı Analiz

Avrupa'daki dört yaşlı bakım modeline genel bakış

Avrupa ülkeleri, yaşlı bakımının finanse edilmesi, organize edilmesi ve sunulması açısından oldukça farklılık gösterir. Burada belirtilen karşılaştırmalı dört ülkeyle ilgili olarak, bu raporda sunulan kanıtlar, İtalya'nın güçlü bir kayıt dışı ekonomi ve zayıf bir refah devleti olarak öne çıktığını göstermektedir. İtalya, bölgesel farklılıklar dahil olmak üzere, farklı nüfus gruplarına çeşitli derecelerde hizmet tedariki ve korumaya sunan bir 'düzensiz' refah 'sağlayıcıdır'. Refah modeli, ücretsiz ve tanınmayan kişisel bakım hizmetlerinin sunulması açısından aileye, özellikle kadınlara atfedilen role dayalıdır. Başlıca destek, düzensiz iş gücünün, bilhassa göçmen işçilerin istihdam edilmesini kolaylaştıran nakit yardımları yoluyla sağlanır. Çok sayıda göçmen varlığı, özellikle evde bakım tedariki olmak üzere bu ekonominin genişlemesine yol açmıştır. Bu göçmen bakıcıların özel olarak ayrı ayrı aileler tarafından işe alınmasının dışında, yaşlı bakım hizmetlerindeki kayıtlı işyerleri piyasası (bir tüketici ürünü olarak) sınırlı bir şekilde gelişmektedir. İtalya'da yaşlıların çoğu evde yaşar – yalnız başına veya akrabalarıyla birlikte – az sayıdaki yaşlı ise huzurevlerinde yaşar. Kurumlar tıbbi bakım açısından popüler olmakla beraber, bunlar sosyal bakım için son çare olarak algılanır ve ayrıca oldukça pahalıdır. Bunun yanında, ailelerin yaşlı akrabalar için kurumsal ortamlarda rutin şekilde kişisel bakım sağladıkları yaygın şekilde kabul edilmektedir. *Gönüllü veya kâr amacı gütmeyen sektör*, bilhassa din tabanlı sosyal refah faaliyetlerinin oldukça yer almasıyla birlikte işbirlikçi bir model yoluyla bazı bakımları sağlar.

Hollanda'da AWBZ adlı evrensel sosyal sigorta planı, yaşlıların bakımı için ödeme yapar. Konaklama maliyetleri dahil olmak üzere, evde bakımı ve huzurevi tesislerinde sağlanan bakımı kapsar. Program, uzun vadeli hastaneye yatışları, rehabilitasyon hizmetlerini ve hemşirelik bakımını da kapsadığı için, sağlık sigortası sistemiyle de yakından bağlantılıdır. Uygun şartları taşıyan yaşlılar, 'aynı' hizmetleri alma veya kişisel bakım, evde hemşirelik ve



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

günlük faaliyetlerde destek için ödeme yapmak amacıyla bir kişisel bütçeyi alma seçeneğine sahiptir. Bütçeler, ihtiyaç duyulan bakım saati sayısı temelinde hesaplanır ve yaşlılar, devlet üzerindeki maliyetin düşük bir değerini alırlar ve böylece ihtiyaç duydukları değerlendirilen bakım seviyesini satın almak için bütçelerini gelirle bağlantılı katkılarla tamamlamaları gerekir. Kişisel bütçelere yönelik talep yüksektir ve sistem maliyetleri karşılamak için mücadele etmiştir. 2010 yılının Temmuz ayında programın parası tükendi ve 13.000 başvuru sahibi yardımlarını almak için bir bekleme listesine dahil olmak zorunda kaldı¹²³. Hollanda hükümeti, artan talebin karşılanmasına yardımcı olmak için uygunluk şartlarını sınırlandırdı¹²⁴.

BK'da yaşlı bakımı açısından devletin faaliyetleriyle gönüllü sektör arasında uzun süredir bir bağlantı vardır. Kamu sektörü, birçok gönüllü kuruluşun yeni kurulmuş refah devletine absorbe edildiği 1940'ların sosyal reformlarıyla birlikte sosyal refahın finansmanına ve tedarikine hakim olmaya başladı. Bununla beraber, uzun vadeli bakım BK'da hiçbir zaman evrensel bir sosyal hizmet olarak öngörülmedi. Yaşlı bakımı sağlayıcıların büyük bir kısmı (%70'den fazlası) ... içindedir ve yaşlı bakımında özel sektör istihdamı, işçilere yapılan ödemelerdeki ve işçi haklarındaki kesintiler yoluyla fon yetersizliği şoklarını karşılayabilen bakıcıların üçte ikisine tekabül eder¹²⁵. BK'nın *gönüllü veya kâr amacı gütmeyen sektörü*, kurumların çeşitliliğiyle nitelendirilir, bazıları boyut ve kapsam açısından büyüktür ve örneğin uzman desteği sağlayan diğerleri küçüktür.

Norveç'in LTC modeli, kendilerine bakamayanların geçimini sağlama sorumluluğunu devlete veren bir ideolojiden kaynaklanır. Gerçek görevleri Norveç'te bakım tedariki olmasına rağmen, gayri resmi bakıcıların üstlendiği sorumluluk azdır. Norveç'teki LTC sistemi evrenseldir ve ulusal vergilendirmeye finanse edilir ancak yerel seviyede kontrol edilir, tasarlanır ve sunulur. Kısa süre öncesine kadar sınırlı nakit yardımlarıyla hizmet tedariki hakimdi. BK'daki duruma benzer şekilde ancak BK'da gözlemlenenden çok daha az derecede,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

reformlar, piyasayla ve tüketiciyle ilgili mekanizmaların Norveç'teki LTC tedarikine ve sunumuna getirilmesini kapsamıştır. Bu 'piyasalaştırma' süreci, evde bakım sağlayanlar arasındaki rekabeti ve yeni, kâr amaçlı sağlayıcıların kamu sektöründeki geleneksel sağlayıcılarla rekabet etmesinin teşvik edilmesini içerir. Bu piyasa mekanizmalarıyla ilişkili olarak, hizmet kalitesini korumanın, esnekliği arttırmanın ve etkililiği geliştirmenin yeni yolları getirilmiştir. Tablo 2 ila 5 arası, yaşlı bakım hizmetleriyle ilgili olarak dört Avrupa vaka çalışması arasındaki bazı önemli farkları ve benzerlikleri gösterir.

¹²³ Sağlık Vakfı 2011

¹²⁴ van Ginneken ve diğerleri 2012

¹²⁵ Hussein 2016



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 2 Yardımların Kullanılabilirliği

Ülke	Kurumsal Bakım		Evde Bakım			Evde Hemşirelik Bakımı		
	Sadece aynı yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar	Sadece aynı yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar arasında	Sadece aynı yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar	Aynı yardımlar ve nakit yardımlar
İtalya		✓		✓			✓	
Hollanda	✓		✓		2010'a kadar			✓
Norveç	✓		✓		Son zamanlarda sınırlı sayıda			✓
BK		✓			✓	✓		

Tablo 3 LTC'de Karar Verme ve Kapasite Geliştirme Seviyeleri

Ülke	Kurumsal LTC			Ev Temelli LTC		
	Çoğunlukla Merkezi	Hem merkezi hem de değil	Çoğunlukla Merkezi Değil	Çoğunlukla Merkezi	Hem merkezi hem de değil	Çoğunlukla Merkezi Değil
En önemli karar verme seviyesi						
İtalya	✓			✓		
Hollanda	✓			✓		
Norveç	✓			✓		
BK		✓			✓	
En önemli kapasite planlama seviyesi						
İtalya	✓			✓		
Hollanda	2009'a kadar	✓			✓	
Norveç			✓			✓
UK			✓			✓

Tablo 4 LTC'de Kalite Güvence



İNSAN KAYNAKLARININ
GELİŞTİRİLMESİ
PROGRAM OTORİTESİ



T.C.
AİLE VE
SOSYAL POLİTİKALAR
BAKANLIĞI



ÇSGB
T.C. ÇALIŞMA VE
SOSYAL GÜVENLİK
BAKANLIĞI



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ülke	Kurumsal LTC			Ev Temelli LTC		
	Gönüllü	Zorunlu değil ama Olağan	Zorunlu	Gönüllü	Zorunlu değil ama Olağan	Zorunlu
İtalya			✓			✓
Hollanda			✓			✓
Norveç			✓			✓
BK			✓			✓



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 5 LTC'ye Bütçe Hesaplı Erişim

Ülke	LTC'ye Bütçe Hesaplı Erişim	
	Evet	Hayır
İtalya	✓	
Hollanda		✓
Norveç		✓
BK	✓	

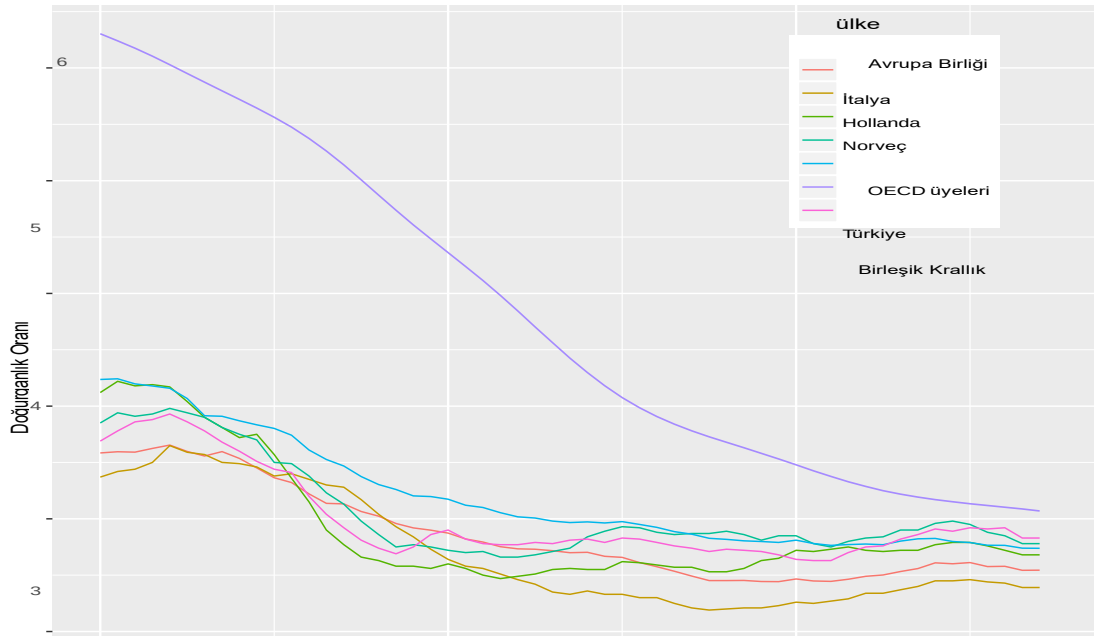


Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Karşılaştırmalı Avrupalı ve Türk Deneyimi Analizi

Nüfus yaşlanması, Avrupa'daki refah yapılarının önündeki en büyük zorluklardan biridir. Nüfus yaşlanması, tüm Avrupa ülkelerini etkileyecek, fakat bu farklı bir hızla gerçekleşecektir. Finlandiya ve Almanya'nın nüfusları azalmaya çoktan başlamıştır ve bu devletlerin kendi refah sistemlerini finanse etmeyi sürdürme yetenekleri üzerinde olası birçok sonuçla birlikte 2050 yılına kadar hızla düşeceği tahmin edilmektedir¹²⁶. Çalışma kapsamındaki dört ülkeye odaklanan aşağıdaki Şekillerde, Türkiye'ye kıyasla farklı Avrupa ülkelerindeki önemli istatistikler gösterilir. Şekil 14'te, 'yenilenme düzeyleri' yakınlarındaki veya altındaki bir noktaya ulaşan tüm Avrupa ülkeleri için belirgin ve istikrarlı bir düşüşle birlikte, doğurganlık oranlarındaki eğilimler gösterilir; İtalya, bilhassa 1990'lardan beri devam eden oldukça düşük doğurganlık oranlarıyla nitelendirilir. 1960 ile 2015 yılları arasındaki aynı dönemde, Türkiye'deki doğurganlık oranı, 6'nın üzerinden 2'nin hemen üstüne hızla düşmüştür.

Şekil 19 1960 ile 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki doğurganlık oranlarında yer alan eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2

M. Ismail, Analytical Research Ltd

1

1960

1980

2000

Şekil 20, tüm Avrupa’da beklenen yaşam süresindeki belirgin artışla birlikte Türkiye’nin de tam olarak aynı şekilde olmasa da aynı yolu izlediğini gösterir. Beklenen yaşam süresindeki artışın kutlanması gerekir ancak insanlar daha uzun yaşadıkça özellikle hayatlarının

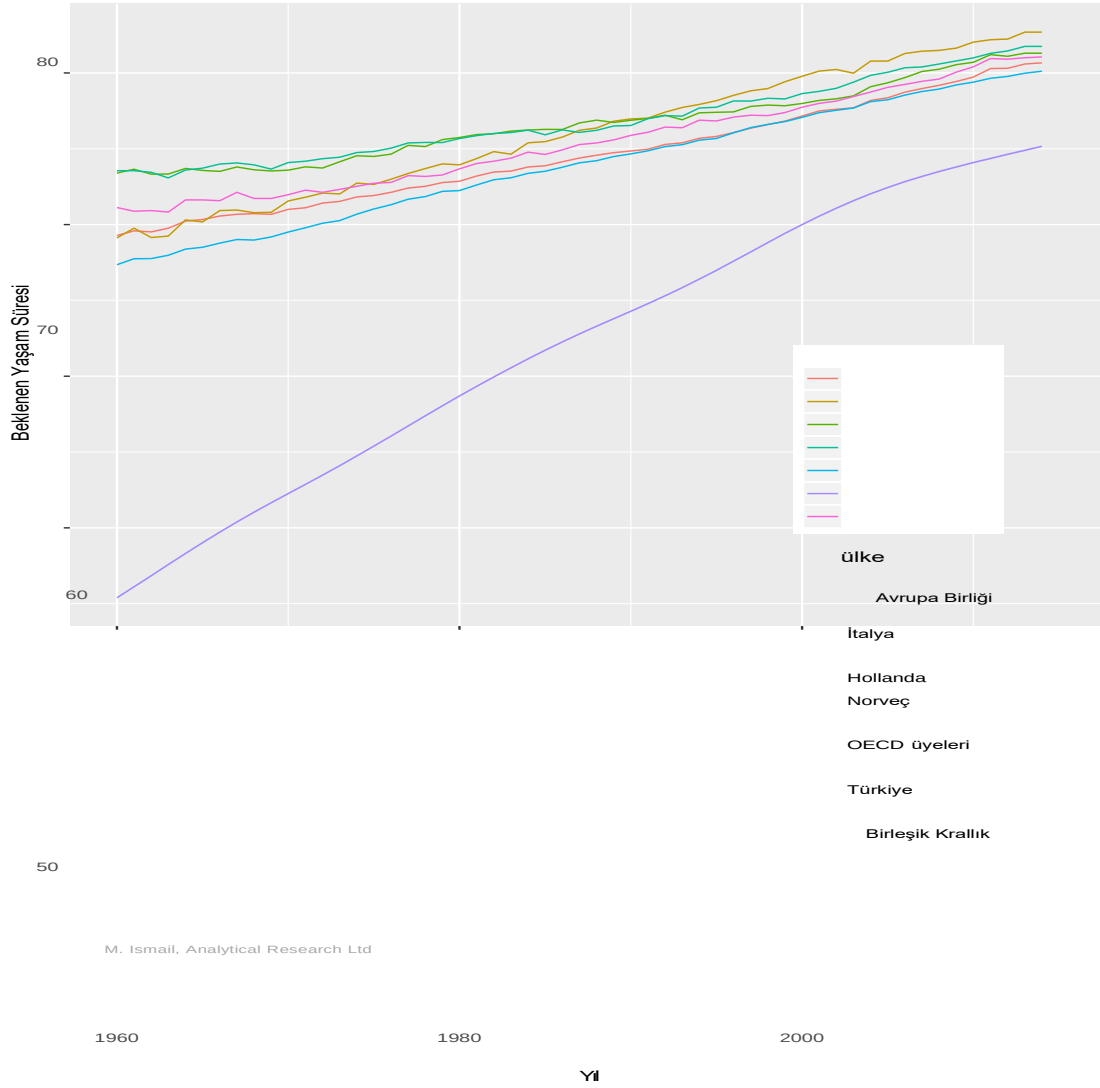
¹²⁶ Pavolini ve Ranci 2008



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

ilerleyen safhalarında (80+) ortalama olarak uzun bir hastalık dönemi de geçirirler.

Şekil 20 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki doğumdan itibaren beklenen yaşam süresindeki eğilimler





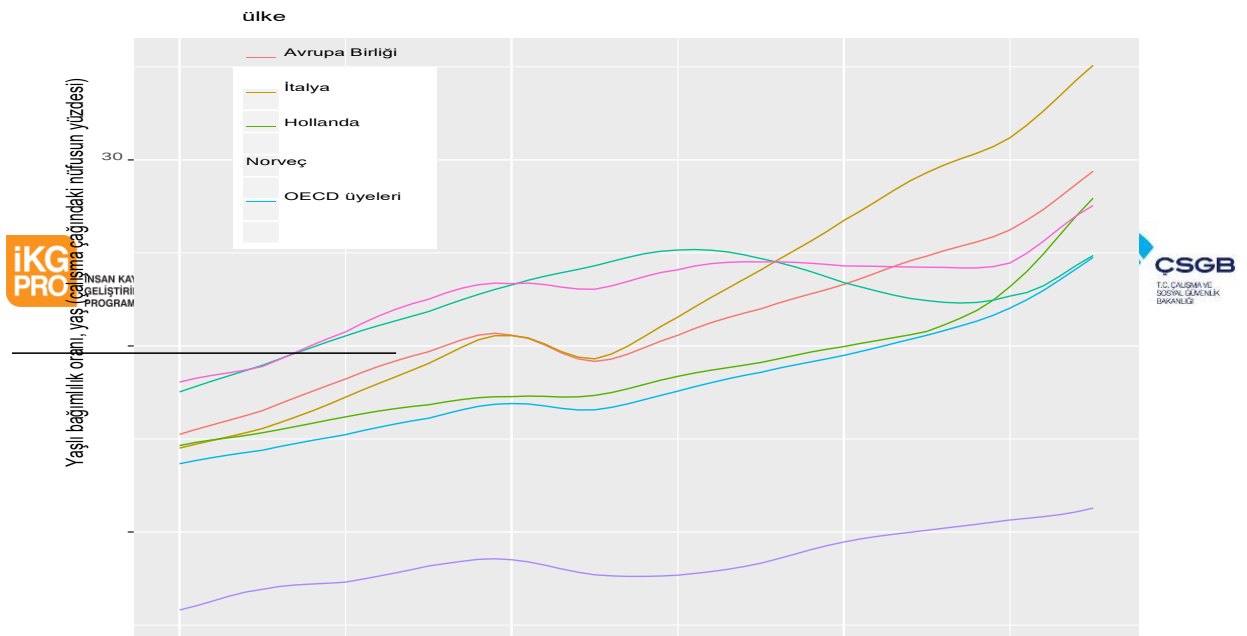
Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Şekil 21, yaşlı bağımlılık oranlarındaki eğilimleri, iş piyasasına katılabilenler ve böylece ekonomik açıdan aktif oldukları düşünülenlere karşı yaşlıların nispi büyüklüğünün bir göstergesi olarak kullanılan çalışan nüfusun yüzdesi cinsinden gösterir. Nüfus yaşlanması, yaşlıların oranındaki artışla eş zamanlı olarak tüm genç yaş grupları oranında düşüş yaşanmasını ve ayrıca vergilendirme yoluyla gelir elde etme açısından potansiyel azalmış fırsatları ama aynı zamanda sağlıkta ve sosyal bakımda aran talebi karşılayabilen potansiyel işgücünde düşüşü gerektirir. Uzun vadeli bakım tedariki kapsamında, bakım sistemleriyle kadınların istihdam profili arasındaki yakın bağlantının vurgulanması özellikle önemlidir. Tüm ülkelerde, muhtemelen yakın aile üyeleri niteliğindeki orta yaşlı kadınlar, gayri resmi yaşlı bakım tedarikinin büyük bir kısmını üstleniyor olabilirler¹²⁷. Nüfus yaşlanması, tüm Avrupa ülkelerini etkileyecek, fakat bu farklı bir hızla gerçekleşecektir. Finlandiya ve Almanya'nın nüfusları azalmaya çoktan başlamıştır ve bu devletlerin kendi refah sistemlerini finanse etmeyi sürdürme yetenekleri üzerinde olası birçok sonuçla birlikte 2050 yılına kadar hızla

¹²⁷ Bettio ve diğerleri 2006

düşeceği tahmin edilmektedir¹²⁸. Şekil 22, yaşlanan nüfusun farklı Avrupa ülkelerindeki kişi başına düşen sağlık harcaması üzerindeki etkisini açık bir şekilde gösterir.

Şekil 21 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki yaşlı bağımlılık oranında yer alan eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

— Türkiye
— Birleşik Krallık

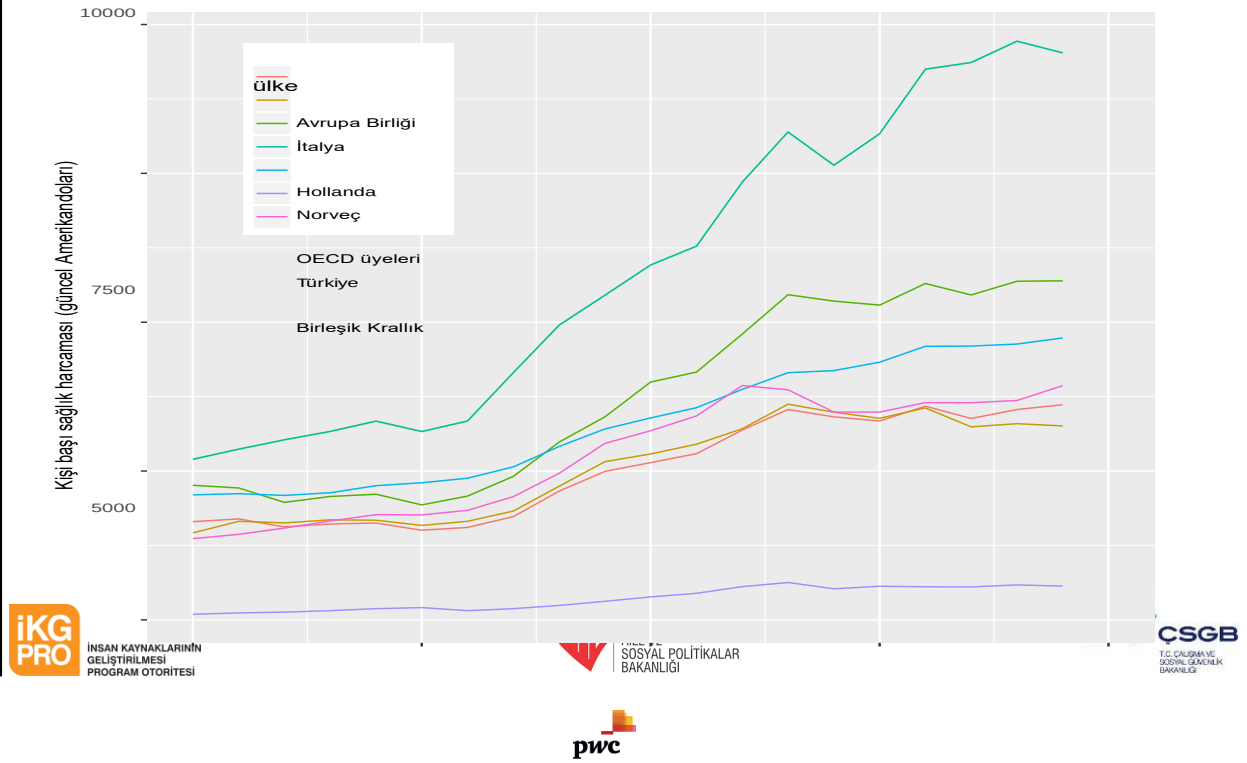
20

10

M. Ismail, Analytical Research Ltd

1960 1980 2000
Yıl

Şekil 22 1960 ila 2015 yılları arasında dört Avrupa vaka çalışması ülkesi, Türkiye, Avrupa Birliği ve OECD ülkelerindeki kişi başı sağlık harcamasında yer alan eğilimler





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

2500

M. Ismail, Analytical Research Ltd

0

1995

2000

2005

2010

2015

¹²⁸ Pavolini ve Ranci 2008



İNSAN KAYNAKLARININ
GELİSTİRİLMESİ
PROGRAM OTORİTESİ



T.C.
AİLE VE
SOSYAL POLİTİKALAR
BAKANLIğI



T.C. ÇALIŞMA VE
SOSYAL GÜVENLİK
BAKANLIğI



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bölüm 7: Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Modellerinin Tasarlanması

Türkiye Bağlamı

Türkiye, önümüzdeki on yıllarda birçok demografik ve sosyo-ekonomik değişiklikten geçecektir. Bunlar, aile yapısında değişiklikleri, göçü, kentleşmeyi, toplumsal güçleri ve yaşlanan nüfusları içerir. Türkiye, Orta Doğunun büyük bir kısmıyla beraber¹²⁹, gençlik patlaması ve önceki yüksek doğurganlık oranları nedeniyle, nüfus yaşlanmasının erken bir safhasındadır, yaşlanma hızı, 2050 yılına kadar oldukça fazla olacaktır. Evlilik kalıpları, birlikte yaşama ve göç gibi diğer toplumsal dinamikler ise engelliler ve uzun vadeli hastalığa sahip kişiler dahil olmak üzere, yaşlılar ve diğer savunmasız kişiler için geleneksel kuşaklar arası desteği tehdit etmektedir. Aile ve Sosyal Politika Bakanlığı (MoFSP), geçtiğimiz on yıllarda, farklı savunmasız grupların bazı ihtiyaçlarını karşılama hususunda aktiftir. Yaşlılar, emekliler, engelliler için başlıca nakit yardımları ve ayrıca emekli evleri ve bakımevlerine kabul gibi aynı yardımlar sağlamaktadır. Ortaklaşa yaşam ve bazı yaşlı bakım merkezler gibi yeni yaşlı bakımı fikirlerine kılavuzluk etmekte konusunda da aktiftir ama bu merkezler kısa süre önce kapanmıştır. Bununla beraber, hâlihazırdaki uzun vadeli bakım hizmetleri tedariki, bölünme eğilimindedir ve tamamlayıcı ve entegre bir yapı içinde daha geniş bir çerçeve içinde formüle edilmemektedir. Yaşlıların yerinde yaşlanması, bağımsızlığı ve güçlendirilmesine yönelik politikaları destekleyen ev temelli bakım da belirgin bir şekilde mevcut değildir.

Bölgede, yaşlılar için başlıca iki (genellikle paralel) uzun vadeli bakım sistemi vardır: ücret ödenmeyen aile üyeleri gibi gayri resmi sağlayıcılar ve ayrıca hemşire yardımcıları, evde bakım asistanları ve diğer ücretli bakım görevlileri gibi resmi bakım sağlayıcılar. Türkiye’de yaşlılar veya engelliler için bakımın büyük bir kısmı, çoğunlukla kadınlar olmak üzere aile üyeleri veya diğer gayri resmi bakıcılar tarafından sağlanır. Ne var ki, etkileşimli demografik ve sosyo-ekonomik eğilimler nedeniyle, aile üyelerinin yaşlılara bakma açısından sürekli hazır bulunacakları veya gerçekten istekli olacakları belli değildir. Bilhassa aile yapısındaki



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

değişiklikler ve gençlerin göçü, kadınların iş gücüne katılımındaki artışlarla birlikte, aile üyelerinin yaşlı akrabaları için bakım sağlama konusunda hazır bulunmalarını ve istekli olmalarını olumsuz şekilde etkileyebilir.

¹²⁹ Hussein ve Ismail 2016

Türkiye, şu anda azalan doğurganlıklar ve beklenen yaşam süresindeki artışla birlikte, çok sayıdaki genci nedeniyle, nüfus istatistikleri araştırmacılarının ‘nüfus kâr payları’ şeklinde nitelendirdiği şeyi yaşarken, büyük gruplar, ileri yaşa hemen ulaşırken, bu büyük gruplar, nüfus yaşlanmasında hızlı bir tempoya yol açacaktır. Türkiye’nin yaşadığı epidemiyolojik geçiş, birçok engellinin ve uzun vadeli sağlık sorunu yaşayan kişilerin daha uzun yaşadıkları ve bu nedenle yaşam seyirleri boyunca çeşitli sosyal hizmetlere gereksinim duyabilecekleri anlamına gelir. Yaşlılarla ilgili meselelere değinmek için spesifik bir strateji gerektiren demografik değişikliklere ek olarak, Türkiye, çeşitli insan gruplarını yüksek toplumsal risklere atma açısından kendi zorluklarını arz eden sosyo-ekonomik değişikliklerle karşı karşıyadır.

Daha Geniş Etkiler

Geniş kapsamlı ekonomik, demografik ve epidemiyolojik geçişler, aile yapısında ve beklentilerde derin değişikliklerin ve yeni zorlukların habercisi olmuştur. Kentleşme, kadınlardaki yüksek eğitim seviyeleri ve beklenenden daha uzun yaşam süreleri, Türk hane halkları içindeki sorumluluklar açısından yeni gerçeklikler getirir. Yetişkinlerin refahı gibi kilit sosyal göstergelerdeki ve sağlık göstergelerindeki diğer gelişmeler, bazı grupların karşılaştığı eşitsizliklerin sosyal etkenlerine değinen yeni stratejileri gerektir. Engellerle yaşayan kişiler, iş piyasasında ve ayrıca okullarda ve toplulukta dezavantajla ve ayrımcılıkla karşılaşabilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlı bakımı alanında beşeri sermayeyi desteklemek için önümüzdeki on yıllarda sağlığa ve sosyal güvenliğe yapılan harcamaların korunması çok önemli olacaktır. Hem çocuk ölüm oranlarında daha da az seviyelere düşüş, hem de ihtiyaçları görmezden gelinen gruplar için iyileştirilmiş bir hizmetler dizisinin sağlanması açısından, beklenen yaşam süresinde daha fazla kazanımlar olması beklenmektedir. Bu tür kazanımlar elde etmek, yaşam seyri boyunca sağlık sonuçlarının sosyal ve çevresel etkenlerine değinmeyi gerektirecektir. Kadınlar için ilerleme devam edecektir ancak iş piyasasında ve iş-hayat dengesinde neler olduğuna ve kadınların ailedeki bakım rollerini yerine getirmelerine olanak tanımaya ve destek vermeye ve ayrıca özel politikalar ve hizmetler yoluyla daha geniş topluluğa katkıda bulunmaya daha fazla dikkat edilecektir. Örneğın, kadınların verimli istihdamla meşgul olma yeteneği, kaliteli yaşlı bakım hizmetlerinin sağlanmasına ve aile ve toplumdan gelen destekleyici ve fırsat veren bir çevreye oldukça bağlı olacaktır. Engelli ve sağlık ihtiyaçları olan yetişkinlerin ve yaşlıların, topluma tam kapasiteyle katılabilmelerini sağlamak, cömert transferlerden ve maddi tedariklerden daha fazlasını gerektirir. Bu, toplumun engelliler hakkındaki bakış



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

açısında ve onları benimseme şeklinde temel bir değişikliği gerektirir. Evde bakım ve bakımevleri dahil olmak üzere, uzun vadeli bakım, sosyal risklerin etkisini azaltmaya ve özel desteğe ihtiyaç duyanların hayatını zenginleştirmeye yönelik sosyal politika kapsamında, yeni bir önem kazanır.

Aile, eşitsizliklerin ve dezavantajın kuşaklar arasındaki geçişi engelleme açısından temel mevkidir, öte yandan, ülke mirasının ve kültürünün kuşaklar arasında geçişinin merkezidir. Hızlanan ekonomik ve sosyal eğilimlerin, aile ve ayrıca erkekler ve kadınlar ve genç ve yaşlı kuşaklar arasında değişikliğe uğrayan ilişkiler üzerindeki etkisini hafifletmek, yeni yaklaşımları ve destekleyici yapıları, kapasite geliştirmeyi ve bilginin aile çevresinde paylaşılmasını gerektirecektir. Bu, aile içine yatırım yapmayı, eşitsizliklerle başa çıkmayı ve dirençlilik oluşturmayı zorunlu kılacaktır. Sosyal bakım politikası, kendi içinde birleşik bir sosyal ve ekonomik birim olarak, daha geniş aile özellikleri setiyle iştigal edecektir.

Sürdürülebilir Gelişme Amaçları (SDG'ler), muhtemelen, 2030 yılına kadar uluslararası ve ulusal kalkınma için hakim çerçeve olacak ve yeni zorluklara yol açacaktır. SDG'ler, hükümetlere, MDG'lerde olduğu gibi sadece bir amaçlar setine değil, eş zamanlı olarak üç sete ulaşmaları için çağrıda bulunur: ekonomik kalkınma ve yoksulluğun azaltılması, sosyal içerme ve çevresel sürdürülebilirlik – her birisi kendi açısından karmaşıktır. Başarıya ulaşmak, yine çoklu sektör hareketine daha fazla uyarlamış yeni yaklaşımların benimsenmesi için MDG'lerin ötesine geçmeyi gerektirecektir. SDG'ler, her şeyden önce, uzun vadeli planlamayı, kuşaklar açısından düşünmeyi ve ayrıca hükümetin kendini değişik şekillerde organize etmesini ve farklı biçimde çalışmasını gerektirecektir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal göstergelerde ve refahta ilerleme, ayrıca, sosyal içermeye ve tüm grupların anlamlı katılımına daha fazla dikkat ederek belirlenecektir ve bu gruplara kadınlar, çocuklar, gençler ve yaşıllar dahildir. Örneğin, kadınların verimli istihdamla meşgul olma yeteneği, kaliteli ocuk bakım hizmetlerinin sağlanması ve aile ve toplumdan gelen destekleyici ve fırsat veren bir çevreye oldukça bağlı olacaktır. Engellilerin topluma tam kapasiteyle katılabilmelerini sağlamak, cömert transferlerden ve maddi tedariklerden daha fazlasını gerektirir. Bu, toplumların engelliler hakkındaki bakış açısında ve onları benimseme şeklinde temel bir değişikliği gerektirir. Yaşıllı bakımı, sosyal risklerin etkisini önlemeye ve özel desteğe ihtiyaç duyanların hayatını zenginleştirmeye yönelik sosyal politika kapsamında, yeni bir önem kazanır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Yaşlı Bakım Modelinin 'Vizyonunu' Geliştirmek

Yerinde yaşlanma, Avrupa'da ve gelişmiş dünyanın tamamında uzun vadeli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi açısından ilgi odağı haline gelmektedir. İki kilit yaşlı bakım modelinin tasarlanmasına odaklanacağız: birincisi, insanların kendi evinde kişisel yardım sunan ev temelli bakıma odaklanmak ve ikincisi, yaşlılara, topluluk temelli girişimlerle, barınma (bütçe testiyle) destek tahsis edilen topluluk temelli huzurevi düzenlemelerine odaklanmaktır. Yaşlılar, kendi evlerinde ve kendi toplulukları içinde yaşamaya devam etmeleri için güçlendirilmeli ve gereken hizmetlerle donatılmalıdır. Bu amaca ulaşmak için, MoFSP'nin aşağıdakileri yapmasını öneriyoruz:

- Mevcut hizmetleri geliştirmek ve genişletmek
- Yeni hizmetleri, özellikle insanların kendi evlerinde ve toplulukları içinde bakım sunmaya özgü olanları getirmek
- Çok çeşitli hizmetlerin erişebilirliği, kullanılabilirliği ve satın alınabilirliği dahil olmak üzere, hizmetlerdeki ve kapsamlardaki ayrılıklara değinmek,
- Nakit transferine (veya ayni yardıma) bağımlı olmayı azaltmak
- Topluluk oluşturmaya yatırım yapmak
- 'Kaliteye' daha çok odaklanmak
- Bireysel müdahalelerden uzaklaşıp daha çok 'sistemler yaklaşımına' yönelmeye ihtiyaç vardır.
- Bakanlığın birçok amacına ulaşmak için bakanlıklar arasındaki ve sektörler arasındaki bağlantıların geliştirilmesi gerekir.
- Mevcut kaynakların etkinliliği ve kullanımı, daha iyi hedeflenerek iyileştirilebilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

- Hizmet gözetimi, programlar değerlendirmesi ve planlama ve gelecek tahminleri için veri kullanımından yeterince faydalanılmamaktadır
- Engellilerle yaşayanlar ve uzakta yaşayanlar gibi ağır dezavantajdan veya ayrımcılıktan mustarip grupların haklarına hitap etmek açısından, toplumsal engellere daha fazla ilgi gösterilmesi gerekmektedir.
- Kamu harcamasındaki oran açısından mevcut kaynak seviyeleri, uluslararası karşılaştırıcılara kıyasla düşüktür ve yaşlanan bir nüfusun artan talepleri karşısında gözden geçirilmeleri gerekir



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

‘Çok Önemli Başarı Faktörleri’

Çok Önemli Başarı Faktörleri (bakınız Şekil 22), bir kurumun misyonuna ulaşmak için sürekli yerine getirmesi gereken az sayıdaki kilit alandır. Üç faktör, yeni LTC modelinin başarı etkenleri olma ihtimali açısından dikkati çeker.

Şekil 23 Çok Önemli Başarı Faktörleri

- Kapasite geliştirme tanımı, eğitimin ötesini kapsar ve ortakların eğitimini de kapsar
 - Çıkarımlar, insan kaynaklarının yanında sistem performansı ile ilgilidir.
 - Her ayakta, bölgesel ve küresel mükemmeliyet merkezleriyle teknik işbirliği organize edilir.
 - Farklı ve cömert kaynaklar kapsamı belirlenir.
 - Ekonomistler, kamu politikası uzmanları ve istatistikçiler dahil olmak üzere, Bakanlık için yeni beceri profilleri.
-
- Varsayımları test etmek ve ölçüm programında ilerleme için dayanak sağlamak amacıyla veriler kullanılmıştır.
 - Bu alandaki kapasiteler geliştirilecektir.
-
- Türk toplumunun dayanışma gibi olumlu değerlerini güçlendirme ihtiyacına değinir
 - Toplumsal araştırma ve iletişim dizaynıyla ilgili yeni kapasitelere ve uygulamalara yatırım.
 - Toplumdaki zararlı normlara ve uygulamalara değinir.
 - Halk, Bakanlıktaki rol değışikliğinin ve başarıların farkına varacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

LTC Hizmetlerini Tasarlama ve Sunma İlkeleri

İnsanların içerilme anslarını, güçlendirme ve eşitliği ve ayrıca yaşlılara saygı gösterme ve korumayla ilgili kültürel değerleri güçlendirmeyi amaçlayan mevcut Türk programlarından ayrılarak, üç temel ilkede tasarlanan ve yer alan hizmetleri ne sürüyoruz. Bunlar, insan merkezli bakımı; sosyal sermayeyi ve insan hakları yaklaşımlarını kapsar. Bunlar, kişi merkezli değerlendirme süreçleri; BK'daki kapsamlı ev temelli bakım; Hollanda'daki topluluk yatırımları ve kurumsal yaklaşım; İtalya'da ailenin güçlendirilmesi ve Norveç'teki kaliteli, birey temelli hizmetler gibi Avrupa deneyiminden kaynaklanır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu ilkeleri geliştirmek, sosyal bakım ihtiyacı duyan kişilerin bireysel ihtiyaçlarını uygun hale getirilmiş ve değer veren bir şekilde karşılayan hizmetlere ve destekleyici mekanizmalara kavuşmalarına olanak sağlayan etkili mekanizmaların tasarlanması açısından önemlidir. Böyle bir destek sistemi, ailenin kilit rolünü Türk toplumunun temel birimi şeklinde kabul eder ve ayrıca geleneksel aile yapısında çeşitli nedenlerle desteklenmeyen bireylerin ihtiyaçlarını tanır.

Kişi merkezli bir yaklaşım

Uzun vadeli bakımdaki mevcut uluslararası gelişmeler, hizmetleri kullanan kişilerin kendi geleceklerini planlamalarına ve ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşmalarına olanak sağlamayı amaçlayan kişiselleştirilmiş hizmetlere doğru yönelmektedir. Geniş ihtiyaç kategorilerini amaçlayan hizmetler sağlamak yerine, bireylerin ihtiyaçları değerlendirilir ve buna uygun şekilde ‘kişiselleştirilmiş’ bir hizmetler planı bir araya getirilir. Bu şekilde kişiselleştirilmiş bir plan kapsamında, bazı nakit unsurları ve ayni yardımlar genellikle sunulur. Bu kavramın temel değerleri, hizmet sağlamanın dayanağı olarak bağımsızlık, seçim, içerme, eşitlik ve güçlendirme ilkelerini benimser.

Kişiselleştirme, insanları, gl yanları ve tercihleri olan bireyler olarak tanımak ve onları kendi bakım ve desteklerinin merkezine yerleştirmek anlamına gelir. Gelişmiş ülkelerin bazılarında gözlemlenen hizmetin öncülük yaptığı geleneksel yaklaşım, genellikle insanların ihtiyaç duydukları destek türünü şekillendiremedikleri veya doğru yardım türünü alamadıkları anlamına gelmiştir. Kendine dönük destek ve kişisel btler gibi kişiselleştirilmiş yaklaşımlar, insanların kendi ihtiyaçlarını belirlemelerine ve kendi hayatlarını yaşamaları için nasıl ve ne zaman desteklenecekleri hakkında seçimler yapmalarına olanak tanımayı gerektirir. Bu bağlamda, bakım ihtiyacı duyan insanların bilinçli kararlar verebilmelerini temin etmek için bilgi, aktif destek ve tavsiye sağlanması önemlidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu kavramın temel değerleri, hizmet sağlamanın dayanağı olarak bağımsızlık, seçim, içerme, eēitlik ve güçlendirme ilkelerini benimser. Farklı ihtiyaçlara sahip kiēileri ‘normalleētirmenin’ ve daha geniē topluma entegrasyonun bir yolu olarak geliētirilmiētir. Bir kiēinin engellilik, hastalık derecesi veya ihtiyaçlarının karmaēıklıęı, kiēi merkezli planlamaya bir engel olarak görülmemelidir. Bu sürece ailelerin ve gayri resmi bakıcıların dahil edilmesi, baēarıya ulaēması açısından çok önemlidir.

Sosyal Sermaye

Kiēiselleētirme, herkes için entegre, topluluğa dayalı bir yaklaēım sağlanmasıyla da ilgilidir. Kiēilerin yaēı veya engelliliği ne olursa olsun, iyi bir destek seçimine sahip olabilmeleri için topluluk kapasitesinin geliētirilmesini ve yerel stratejik görevlendirmeyi gerektirir. İnsanların ulaēım, eğlence, eğitim, barınma ve sağlık ve ayrıca istihdam fırsatları gibi evrensel hizmetlere eriēebilmelerini sağlamak amacıyla topluluğun ve eēitli grupların güçlü ve zayıf yanlarına ve diğer birimlerle alıēmaya değinmek suretiyle, buna modelin sosyal sermaye kısmıyla hitap edilir.

Bir sosyal sermaye sosyal bakım modeli, geliēmiē ülkelerin birçoğunda iki faktör nedeniyle ilgi odağı haline gelmektedir. Birincisi, daha geniē toplulukları desteklemenin, sadece bireysel olarak kiēi için değil, tüm topluluk için de dolaylı bakım tedarikine yol açacağını kabul etmektir. İkincisi, sosyal sermaye, devlet fonunun yetersiz olduğu durumlarda, ekonomik ve beēeri sermayenin bir ikamesi olarak görülebilir. Aile dayanıēmasının ve topluluktaki uyuşmanın Türk toplumunun en önemli özellikleri olarak görüldüğü Türkiye bağlamında, bir sosyal sermaye modeli, nispeten kolayca uyarlanabilir. Bu, bireysel destek mekanizmaları için planlamanın yanında, MoFSP’nin sosyal sermayeyi arttırıcı faaliyetlere yatırım yapmasını da gerektirir çünkü böylece insanların hayatlarında olumlu bir etki yaratılacak ve resmi hizmetler sistemine bağımlılıkları azaltılacaktır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Sosyal sermaye, sosyal ağlar içindeki ve arasındaki bağlantılara atıfta bulunur. Kolektif (veya ekonomik) sonuçlar almak açısından sosyal ilişkilerin değerini ve işbirliği ve güvenin rolünü vurgular. Dolayısıyla, en yalın haliyle, insanlar ve gruplar arasında yer alan, kendilerine ortak bir amaçlar setini bulmaya çalışmalarına yardımcı olan bağlantılarla ilgilidir. İnsanların güvenlerini ve özsaygılarını, bağlanabilirlik ve aidiyet hislerini ve kendi hayatlarında ve topluluklarında değişikliğe yol açma yeteneklerini arttırmak için geliştikleri ve yararlandıkları kaynaklar hakkındadır. Daha “iyi” sosyal sermayenin, insanların ve grupların güçlenmelerine ve kendilerine daha çok güvenmelerine yardımcı olabileceği yönündeki fikirdir. Sosyal sermaye faaliyetlerinin bireyler ve topluluklar için refah açısından olumlu gelişmelere katkıda bulunduğu sonucuna varan birtakım çalışmalar vardır. Bununla beraber, olumlu bir etkiye yol açmayan ve uygulama stratejisinin bir parçası olan inançların ve kültürlerin, destekleyici topluluklar, gündüz bakım faaliyetleri gibi iyi değerleri arttıran projelere yol gösterip bunları değerlendirirken, örneğin, engellere ilişkin utanç duygusu, aile içi istismar ve alkolle ilgili sorunlara da değineceği bilinmelidir.

İnsan haklarına dayalı bir yaklaşım

Türkiye, yaşlıları dahi olmak üzere, sosyal korumayla yakından ilgili bazı İnsan Hakları Sözleşmelerini imzalamıştır. Bu sözleşmeler, Türkiye’nin ilerlemeyi ölçtüğü ve ulaşmak üzere kendisi için belirlediği standartları birçok şekilde düzenler. Bunlar, farklı grupların haklarının birbiriyle çatışır gibi görüldüğü durumlarda da yardımcı olabilir. Sosyal politikaya yönelik bir insan hakları yaklaşımı, cinsiyete ve engelliler ve yoksulluk içinde yaşayan yaşlılar gibi dışlanmış grupların sesine özellikle dikkat çeker. Sürecin en az sonuçlar kadar önemli olduğu ve kamu politikaları dizaynının insan hakları ilkeleriyle bilgilendirilmesi gerektiği yönünde ısrar eder. Sözleşmeler, insan hakları ilkelerinin çözümler hakkında bilgi verebildiği ve alternatif stratejilere işaret edebildiği karmaşık sosyal konular hakkında rehberlik de sağlar. Politikada ana akım insan hakları, basit değildir. Yolun her adımında dezavantajlı/ayrımcılığa uğrayan grupların deneyimini ve algılarını/yapısal analizi insan hakları perspektifine göre dahil etmesi gerekir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Kişi merkezli kavram ve sosyal sermaye kavramı, kanunların temel insan hakları ve eşit fırsatlar sağladığı yasal bir çerçeve içinde yerleşiktir. Bu durum, toplam hane halkı gelirine dayalı bütçe hesaplı bir yaklaşımdan ziyade, insanların bakım alma, ihtiyaçlara dayalı bir yaklaşıma yönelme açısından uygunluk kriterleri üzerinde muhtemel etkilere yol açar.

Son yıllarda, hayat kalitesine ve yaşlıların onuruna gösterilen ilgi, tüm dünyada artmaktadır. Yaşlıların insan hakları¹³⁰, Birleşmiş Milletler, Avrupa Konseyi ve uluslararası insan hakların korunmasına özellikle odaklanan diğer uluslararası ve bölgesel kurumlar gibi uluslararası örgütlerin tartışmalarında ve tavsiyelerinde önemli bir konu

¹³⁰ BM'nin yaşlı bir kişi hakkındaki yaygın tanımı, 65 yaş üzeri bir kişidir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

haline gelmiştir¹³¹. Yaşlıların insan haklarının önemi, tüm dünyada ortaya çıkan demografik değışiklikler nedeniyle artmış görünmektedir. Bununla beraber, yaşlılığın, ayrımcılık ve diğeri insan hakları ihlallerinin yaşanması yönünde artan savunmasızlık açısından bir faktör olabildiğı de kabul edilmiştir. Son yıllarda, politika yapıcılara ve sosyal hizmet sağlayıcılara daha iyi bakım kalitesi ve çalışma koşulları sağlamaları için baskı yapmaya yönelik kapsamlı bir amaçla, akademisyenlerin, politika yapıcılarının ve sivil toplum örgütlerinin ‘bakıma dair bir insan hakları yaklaşımının’ geliştirilmesinde ve aktif olarak desteklenmesinde bir artış yaşanmıştır.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

131 Meenan ve diğerleri 2016: 11-12



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye’de İyileştirilmiş LTC Hizmetleri için Stratejik Planlama

Tüm sistemi birden değiştirmek muazzam bir görev olduğu için, kısa vadeden başlayıp (2017-2022’den itibaren ilk beş yıl) uzun vadede elde edilebilen değişikliklere zemin hazırlayarak ulaşılabilir adımları ve safhaları içeren açık bir planlama stratejisine ihtiyaç vardır. Öne sürülen unsurların birçoğu, kültürde, kapasite geliştirmede, entegre çalışmada ve etkili sosyal sermaye geliştirmede değişiklikleri zorunlu kılar ve gelişmesi ve ilerlemesi zaman alır. Stratejik bir plan, kısa, orta ve uzun vadede ulaşılabilir hedeflerle birlikte, önümüzdeki yıllarda bu modele doğru ilerlemeye yardımcı olmak için geliştirilir. Bu uzun vadeli bakım modelini daha geniş bir ulusal stratejinin ayrılmaz bir parçası olarak görmek ve bunun özellikle sağlık ve çalışma olmak üzere diğer sektörlerle nasıl etkileşim kuracağını ve bütünleşeceğini göz önüne almak, önemlidir. Sonuncu ama son derece önemli olarak, herhangi bir sistemi değiştirmek, aşağıda daha fazla tartışılan kabiliyetleri ve maliyetle ilgili olası sonuçları kapsayacaktır.

Hizmetlere erişim

Program planlamayı organize etmenin bir yolu, hayatlarının farklı noktalarında hizmetlere kimlerin ihtiyaç duyabileceğine bakmak, mevcut sistem uyarınca hoşlandıkları hizmetlerin ve yardımların ne olduğunu göz önüne almak ve daha sonra kısa vadede (5 yıl) öne sürülen çerçeve içinde ihtiyaçlarına ve bunun orta ila uzun vadede (10 yıl ila 20 yıl) nasıl daha fazla geliştirilebileceğine değinen mekanizmalar önermektir. Orta ve uzun vadede önceden planlamak için Türkiye bağlamına uyarlanabilen ve uygun hale getirilebilen hizmet örnekleri öneriyoruz, bunlar, sistemdeki mevcut boşluklara değinmek üzere özellikle seçilmiştir ancak değiştirilemez değildir ve biz zaman içinde ilerlerken değişikliğe tabidir. Yeni zorlukların zaman içinde gözlemlenmesi ve zaman içinde daha acil politika ve siyaset gündemlerinin geliştirilmesi mümkündür.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Önerilen model kapsamında, tüm bireyler için faydalı olacak ve daha çok topluluğa dayalı hizmetlerle toplumdaki en savunmasız kişilere özgü, uygun hale getirilmiş diğer hizmetlere ihtiyaç vardır. Kilit fikir, MoFSP'nin, daha geniş piyasaya, özellikle özel bakım sağlayıcılarına hizmet sunumunda rehberlik sağlaması; topluluğun gelişmesine yatırım yapması ve hizmetleri ekonomik nedenlerle satın alamayanlara yardımcı olmak için kendi kapasitesini arttırmasıdır. Topluluk geliştirme girişimleri, ekonomik açıdan daha güçlü kişiler dahil olmak üzere, çok kapsamlı ve çeşitli kullanıcılara hizmet verebilen hayır kurumlarının ve sivil toplum örgütlerinin rolünü de zenginleştirecektir.

İhtiyaçlar Değerlendirmesi

Kısa vadeliğine, uygunluğa yönelik bütçe hesaplı mevcut kriterlerin değişmeden aynı kalabileceğini öneriyoruz. Bununla beraber, modelin temel ilkelerini yansıtmaları için ihtiyaçlar değerlendirme araçları zenginleştirilmelidir. BK örneğinden gelen kılavuz ilkeler, Türkiye bağlamına uyarlanabilen bir çerçeve sağlayabilir. Bunlar arasında en önemlisi, bir kişinin, refahı, topluma katılımı, ekonomik olarak aktif kalması ve dışlanmasının önlenmesiyle ilgili ihtiyaçlarının daha kapsamlı olası sonuçlarını göz önüne almaktır. Hizmetler sağlamanın faydalı bir çerçevesi **İhtiyaçlar-sonuç hizmet modelidir**:

Bireyselleştirilmiş bir bakım modeli, aşağıdaki unsurları içermelidir:

İhtiyaçlar: Bireyin tam kapasitesine ulaşmasına yönelik fırsatlarını en üst düzeye çıkarmak amacıyla sağlık ve bakım ihtiyaçları için başarıya ulaşması için gerekenler.

Sonuç: Nelere ulaşmak istediğinizi düşünün. İhtiyacı karşılayıp karşılamadığınızı öğrenmek için hangi sonucu aradığınızı tam olarak belirlemelisiniz. Eğer sonuç, kişinin mutlu olmasını ifade ediyorsa, bu, oldukça belirsiz olacaktır. Bunu elde edip etmediğinizi nasıl bileceksiniz? Hiç kimse her zaman mutlu olmadığı için bu aslında gerçekçi bir sonuç mudur? Sonuçların **AKILLI** olması gerekir – Sonuca ulaşıldığına dair delil de sağlayabilmelisiniz.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

S Spesifik

M llebilir

A Ulaşılabilir

R Gerçekçi

T Zaman Sınırlı

Hizmetler: İhtiyacı karşılamak için yerine getirilmesi gereken görevi ve bunu kimin yerine
getireceğini düşünün. Bir hizmet, belirli bir görevi yerine getiren resmi bir bakıcı gibi bir
kişi olabilir veya belirli bir karşılayabilen belirli görevi/görevleri sağlayan veya yerine
getiren bir kurum olabilir.



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Ortaklaşa Çalışma

Hizmetlerin etkin ve etkili ortaklık yapısı yoluyla hizmetlerin gelişimini elde etmek amacıyla uzun vadeli bakım sistemini zenginleştirmek (bakınız Şekil 24). Bu amaç, 'sürdürülebilir' bir sistem elde etmek amacıyla sürekli bir geliştirme sürecinin altını çizerek ve ayrıca temel kişiselleştirme ve sosyal sermaye ilkesiyle uyumlu olan, bireylerin ve toplumun etkin rolünü vurgular. Ayrıca, ortaklık rolünü vurgular, bu ortaklık, sağlık ve sosyal bakım gibi farklı devlet daireleri arasındadır ve çeşitli paydaşlar, özellikle kilit bir oyuncu olarak sivil toplum dahil olmak üzere, birey, devlet ve toplum arasındadır.

Şekil 24 LTC'de sosyal, çevresel ve ekonomik faktörler arasındaki etkileşim





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Bu amaca ulaşmak için kısa ila orta vadede aşağıdaki sonuçlar göz önüne alınmalıdır:

1- hizmetleri kullanan kişilerin bakış açısıyla hizmetleri iyileştirmek

2- hizmetleri kullanan kişilerin hayattaki potansiyellerine tam olarak ulaşma şanslarını,
kapsayıcı ve adil bir temelde arttırmak



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

- 3- kurumların yeni modelle işbirliğine girmek için gereken planları yapmasını sağlamak
- 4- vasıflı bir işgücü geliştirmek
- 5- mevcut hizmetlerin kapsamını geliştirmek ve yenilerini getirmek için yeterli fon ayırmak

Entegre bir sosyal bakım modeli, Şekil 25'te sunulana benzeyebilir – burada, kamu sağlığıyla, engellilikle ve zihinsel sağlık hizmetleriyle kesişen yaşlı bir kişinin hizmetlerine odaklanılır. Bu görsel temsiller, yaşlılar ve diğer kullanıcı gruplarına sunulan hizmetlerin sürekliliğini gösterirken, bazı kullanıcıların yaşlı olmak, fiziksel bir engelden veya zihinsel sağlık sorunlarından mustarip olmak gibi çoklu ihtiyaçları olabileceğini kabul eder. Bu, sağlık bakanlığı gibi diğer devlet daireleriyle ve ayrıca çeşitli hizmetler sağlayan diğer paydaşlarla birlikte çalışmayı amaçlayan sürekli çabalara duyulan ihtiyacı vurgular.

Şekil 25 Yaşlıların ihtiyaçları dahil olmak üzere çeşitli ihtiyaçlara değinen entegre bir sosyal bakım sistemi örneği





Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Açık ve güçlü bir operasyonel çerçeve olmaksızın, bu tür ortaklık çabaları yine de başarılı olamaz. Böyle bir çerçeveye sahip olmak, Bakanlık için açık bir hedef olmalıdır. Gönüllü birlikler, iş becerilerini geliştirmeleri, daha girişimci olmaları ve kayıt ve yeniden belgeleme yoluyla yönetimlerini güçlendirmeleri açısından desteklenecektir. Bu önlemler, önümüzdeki yıllarda devletle sivil toplum arasındaki ilişkinin şeklini kökten değiştirmeyi amaçlayacaktır. Katkılarından en iyi şekilde faydalanmak amacıyla, destekleyici bir program çerçevesiyle, sosyal gelişimi desteklemek için özel sektör de seferber edilecektir. Sosyal gelişimde çalışmak amacıyla sivil toplum ve özel sektör için açık bir kurumsal çerçeveye sahip olmak, diğer sektörlerde de olumlu etkilere yol açacaktır.

Sosyal sonuçların, hükümetin farklı bölümlerinin birbiriyle nasıl ilişkili olduğundan ve altta yatan nedensel faktörleri ne kadar iyi şekilde hesaba kattıklarından etkilendiği şeklinde algılandığı bir 'sistemler yaklaşımı' gereklidir. Bu bağlamda, uzun vadeli bir bakım sisteminin, sosyal sigorta, sosyal yardım ve temel hizmetlere erişim dahil olmak üzere, bir dizi koordine müdahaleyi kapsadığı düşünülmelidir. Sosyal bakım sistemi, hem faydalananı, hem de bakıcıyı kapsar ve MoFSP, Sağlık ve Çalışma Bakanlığının sorumluluğundadır. Bir sistemler yaklaşımı, bu bağlantıları hesaba katarak programların etkililiğini ve sürdürülebilirliğini iyileştirecektir.

Sonuçların izlenmesi

Program planlama, kilit Planlama, Analiz, Dizayn ve Geliştirme aşamalarını kapsayan sürekli bir süreçtir. Yukarıda önerilen uygun hale getirilmiş uzun vadeli takım modeline dayalı olarak (kişi merkezli, sosyal sermaye ve insan haklarına dayalıdır), aşağıda, mevcut hizmet tedariklerine dair bir analiz ve önerilen genişletmeler ve yeni girişimler hakkında bir plan yer alır. Tüm girişimlerde, spesifik sunum yapısı ve kısıtlamalar amaçlanan sonuçlarla ilişkili



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

olarak ele alınır ve değerlendirme sonrasında yeni programlar sunulmadan önce bazı değişikliklere ihtiyaç duyulabilir.

Yeni girişimlerin tümü, programın tamamen hayata geçirilmesinden önce, kamuyla istişare süreciyle, yol gösterme ve değerlendirmeye başlamalıdır (bakınız Şekil 26). Böylece, MoFSP'nin yeni girişimlerden ve bunları değerlendirme süreçlerinden sorumlu bir dahili grup veya bölüm kurması gerekecektir. Akademi ve araştırma topluluklarının uzmanlığı da



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

MoFSP tarafından kullanılabilir.

Şekil 26 Hizmetin Planlanması ve Uygulanmasında Yer Alan Adımlar

Strategy

Legisla)ons



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bakım tedarikindeki Avrupa'daki kullanılan kalite güvence kriterleri, sonuçları değerlendirmek ve bakım tedarikindeki kaliteyi izlemek için bir çerçeve olarak kullanılabilir. İzlemenin kilit kriterleri, aşağıdakileri kapsar:

- güvenlik (azaltılan riskler);
- etkililik (ulaşılan istenen sonuçlar);
- özen gösteren (kullanıcı memnuniyeti); duyarlı (bekleme süresi); ve
- iyi rehberlik edilmiş (organizasyonel planlar ve liderlik/yönetim yapıları);



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

Bu kriterler, yukarıda tanımlanan ilkelere dayalı bir model içinde nelerin yüksek kalitede bakım teşkil edeceğine dair bir anlayışla tasarlanır. Bunlar, yaşlılar için bakım planlarının düzene koyulduğunu ve bilgilerin hizmetler arasında paylaşıldığını; hizmetlerin, yaşlıların bakımlarına tam olarak dahil edilmelerini sağladığını; risk altındaki kişilerin plansız hastane yatışları sırasında hizmetlerin müdahale edebilmesi için organizasyonel engellerin ortadan kaldırıldığını; liderlerin, yerel bölgelerindeki kişiler için entegre bakımın ne anlama geldiğine ilişkin ortaklaşa bir anlayış geliştirdiklerini; ve entegre bakıma dair veri ve sonuçların geliştirildiğini ve paylaşıldığını yansıtır.

Kalite aşağıdakilere işaret eder:

- ✓ savunmasız grupların ihtiyaçlarına yönelik daha fazla duyarlılık;
 - ✓ sağlık ve bakım entegrasyon süreçlerini desteklemek;
 - ✓ hizmetleri daha etkili şekilde sunmak;
 - ✓ bakanlıklar arasında daha entegre hizmetler (özellikle sağlık, eğitim ve çalışma);
 - ✓ sivil toplum ve özel sektörün bağlantısından gelen hizmetlerde yenileşme;
 - ✓ entegre veri tabanlarında yer alan verilerden faydalanmak.
-
- ✓ kalite standartları geliştirmek ve kalite güvence prosedürlerini hayata geçirmek;



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

İşgücü Yapısı ve Planlama

Avrupa’da, doğrudan bakım çalışanları, yaşlı bakımı iş gücünün yüzde 60-65’ini teşkil ederken, geriye kalan kısım, profesyonel personel ve yöneticiler/amirler ve az oranda yardımcı personel (aşçılar, temizlik görevlileri ve sürücüler) arasında dağıtılmıştır. Güncel işgücü yapısının kapsamlı şekilde değerlendirilmesi gerekir. Uyumlu bir yaşlı bakım sisteminin ihtiyaçlarını karşılamak üzere donatılmış eğitilmiş ve vasıflı bir işgücündeki boşlukların belirlenmesi için mevcut işgücü yapısı kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Ev temelli bakım açısından, işgücünün belkemiği, temel eğitim alan ve ayrıca yaşlı kişiye merhamet duyma ve bu kişinin ihtiyaçlarını karşılamaya dair kişisel yeterliklerle işe alınan doğrudan bakım çalışanlarıdır. Hizmetin genişletilmesiyle birlikte, bu işgücünün geliştirilmesine büyük ihtiyaç duyulacaktır, bununla beraber işe alımların beklenen kesin sayısı; artan talepleri, hizmet genişletme seviyelerini, yeni hizmetlerin çeşitliliğini, ihtiyacın tahmin edilen karmaşıklıklarını ve personelin kullanıcılara oranına ilişkin yönetmelikleri göz önüne alan, Türkiye’deki duruma dair derinlemesine analize dayalı olacaktır. Avrupa’daki bazı girişimler, Türkiye bağlamına uyarlandığında, doğrudan bakım çalışanları kategorisinde işe alımın iyileştirilmesi açısından faydalı olabilir. Bunlar, Avrupa Engelliler için Hizmet Sağlayıcıları Birliği (EASPD) tarafından geliştirilen araç takımını ve BK’dan ‘bakım elçisi’ ve ‘Akıllı Girişim’ gibi girişimleri içerebilir.

Bu işgücünün diğer önemli parçası, profesyonel çalışanlar, özellikle sosyal hizmet çalışanları ve ayrıca hemşireler, meslek hastalıkları uzmanları, fizik tedavciler, vb. gibi diğer profesyonellerdir. Özellikle sosyal hizmet çalışanları, (yaşlı bakım tedarikinde ana birim olarak) aileyle devleti birbirine bağlama açısından kilit bir role sahiptir¹³². Sosyal hizmet görevlisi kadrosunun hâlihazırdaki görevi, yeniden tanımlamayı ve ayrıca kendisinden beklenen rolü oynaması için vasıflı personele büyük bir yatırım yapmasını gerektirebilir. Bununla beraber, sosyal hizmet çalışanının, katma değer açısından bireysel refaha ve program etkililiğine potansiyel katkısı, yüksektir. Etkili iş uygulamaları için,



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilmektedir.

sosyal hizmet görevlilerinin hizmet kullanıcıları için kaliteli sonuçlar elde etmelerine yardımcı olmak amacıyla içine yerleştirildiği kurum yapısının gözden geçirilmesi ve bu yapıya hitap edilmesi de önemlidir.¹³³

¹³² Hussein 2014

¹³³ Hussein ve diğeri 2014



Bu proje Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti
tarafından finanse edilmektedir.

Bu profesyonellerin performansı, resmi yeterliklerine ve yüksek eğitim seviyesinde eğitime oldukça bağlıdır ve diğer devlet daireleriyle ulusal planlamayı ve koordinasyonu gerektirecektir. MoFSP, bu mesleklerin tedarikindeki boşlukların belirlenmesine ve bunların önemini vurgulamaya ve ayrıca diğer bakanlıklarla ilerideki olası yolların koordine edilmesine önayak olabilir. Bunlar, İleriyi Düşün veya Sosyal Hizmette Hız gibi yukarıdaki Avrupa deneyimlerinde belirlenen şekilde, “hızlı yol” yeterliklerinin öne sürülmesini içerebilir. Bakanlık, Türk toplumunda sosyal hizmet eğitiminin imajını ve statüsünü iyileştirmek ve daha istekli genç yetişkinleri çekmek için kampanyalara öncülük de edebilir.

Sektör içinde kariyer fırsatları oluşturmak, kaliteli personelin çekilmesi ve muhafaza edilmesi açısından çok önemlidir. Bunlar, sektör içinde ve ayrıca sektörler arasındaki, özellikle sağlık ve sosyal bakım arasındaki fırsatlar şeklinde organize edilebilir