

Özet:

Avrupa’da sosyal durum giderek değişiyor, toplum yaşıyor, boşanmalar artıyor, bir kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı azalıyor, kadınların iş piyasasındaki katılımı artıyor, emeklilik yaşı artıyor. Bütün bunlar evdeki yaşlıya bakacak genç aile ferdi noksanlığına sebep olacağından bakım hizmetlerine ciddi ihtiyaç doğuracaktır.

Avrupa yaşlanan nüfusu ve küçülen işgücüyle emekli aylığı, yaşlıların bakımı, sağlık sistemleri gibi konularda pek yakında çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalacak. 21. yüzyıla girerken Avrupa nüfusunun %17’si 65 yaşının üzerindedir. 2025 yılında bu oranın %20’yi aşacağı tahmin edilmektedir.

Avrupa’da, bakım evlerinin maliyetleri yüksek, fonksiyonelliği az olduğundan son yıllarda hızla evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılmaya çalışılıyor. Örneğin Danimarka’da 1987’deki yasal düzenlemelerle kurumsal bakım hizmetler yerine kurumsal olmayan evde sosyal bakım hizmetleri ve yaşlılar için konutlar anlayışına geçilmiştir. Bunun bir neticesi olarak 1985’de Danimarka’nın bakıma muhtaçlar için kişi başına harcamaları ABD’nin harcamalarından iki kat fazla iken 1997’de kişi başına harcamalar hemen hemen ABD ile aynı düzeye indirilmiştir. Diğer taraftan 1982’de 75 yaş ve üstünde olanların %16’sı huzurevinde veya bakım yurdunda kalırken 1999’da bu oran %9’a düşürülmüştür.

Yunanistan ve İtalya’da bakım evleri çok azdır ve yaşlı nüfusun hızlı artışı aile fertleri için büyük bir sorun yaratmaktadır. Bunun çözümü olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından insanlar getirtmekte veya yabancı gurbetçilerden destek almaktadırlar. Yaşlıların ve kronik hastaların uzun süreli bakımı için İngiltere, ABD, Danimarka, Hollanda, Almanya gibi ülkeler genel bütçelerinin yaklaşık %1’ini ayırmaktadırlar.

Finansman bir çok ülkede genel vergilendirme ve zorunlu sosyal sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Özel sigortaların rolü ülkeden ülkeye değişmesine rağmen azdır. Örneğin

Hollanda'da bu hizmetler %79 kamu kaynakları, %21 özel sigortaların kaynaklarından karşılanmaktadır. Ayrıca Hollanda'da hastaya direk maddi yardım yapılarak hizmeti istediği yerden alabilir denmektedir.

ABD ve İsveç'te yaşlıların bakımında koruyucu hekimlik ön plana çıkmıştır. Yaşlılar iyice düşkünleşmeden ve yatalak olmadan, 60-70 yaşlarındayken bakıma ve bilgilendirmeye daha çok önem veriyorlar. Almanya'da 1990'lı yıllarda Robert Bosch Vakfının "bakımın elit insanlara ihtiyacı var" sözüyle başlayan bakım yerine önlem prensiplerinde yaşlıların bilgilendirilmesi sağlıklı bir ortamı, gezi, temiz ve güneşli hava, (yaşlıların seyahati, meşguliyet terapisi, bol hareket vb.) ön plana çıkmaya başlamıştır.

Kısaca görüldüğü gibi Avrupa da yaşlılık büyük bir sorun ve bütçeye yük olarak görülmektedir. Ülkemizin iklimi, coğrafyası, misafirperverliği, bölgesel yakınlığı ve turizm potansiyeli ile Avrupalı yaşlılara özellikle 65-75 yaşları arasındaki (sağlıklı olan) yaşlılara belli projeler çerçevesinde daha güzel ve daha ekonomik bakım hizmeti ve yaşlı tatil köyleri sunulabilir. Böyle bir proje Avrupa'nın yaşlılarına daha ekonomik ve müreffeh bir hizmet, ülkemiz içinde büyük bir sağlık turizmi geliri olacaktır. Aynı zamanda böyle bir proje yürütülmesi ülkemizin gelecekteki yaşlı sorunları için ön bir hazırlık çalışması olacaktır.

DÜNYADA VE AVRUPADA YAŞLILARIN BAKIMI

DÜNYADA YAŞLI BAKIMI

ABD'de hastanelerde geriatri bölümleri, geriatri hastaneleri, yaşlılara hizmet veren yerel sağlık kuruluşları ve bakım yurtları bulunmaktadır. Tam bir uzmanlaşmaya dayanan bakım yurtları; bakım gerçekleştiren, hastanın tam bir uzmanlığa dayanan ihtiyaçlarını karşılayan kurumlardır. Kısmen uzmanlaşmaya dayanan bakım yurtları barındırdıkları yaşlılara bazı konularda uzmanlaşmış tedavi sağlarlar. Bu hususlar onların esas bakım fonksiyonlarına ilave edilmiştir.

İngiltere'de geriatrik uzun ve kısa tedavi hizmeti veren hastaneler ile birçok hastanede geriatri birimleri bulunmaktadır. Bu hastanelerin bazılarında, psiko-geriatrik ve rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Yaşlıların günlük tedavilerini yapan geriatri hastanelerinin yanı sıra geriatri alanında uzmanlaşmış hekimler ev ziyaretleri de yapmaktadırlar. Genellikle hastanelerde özellikle geriatrik hastanelerde sosyal hizmet ofisleri bulunmaktadır.

Bakım yurtları, kronik hastalığı olanlar, hastalık ve tedavileri uzun süre yatakta kalmalarını gerektiren kimseler (yatalaklar) ve hastanelerde gerekli ameliyatları geçiren veya tıbbi bakım gördükten sonra uzun bir nekahat dönemine ihtiyacı olanların barınacakları kurumlardır. Bu tip hastaların bakım yurtlarına alınmaları hem hastanelerin yoğunlaştırılmış tedavi fonksiyonlarını engellemekte hem de özel bir bakım görmeleri gereken bu kimselerin uzman personel elinde bakıma kavuşmaları mümkün olmaktadır. Özetle, bakım yurtları genel olarak kronik hastalığı olan yaşlıların bakıldıkları yerlerdir. Pek çoğu hastanelerin uzantısı olarak hizmet vermektedir.

ABD'de hastane-bakım yurdu işbirliğinin gerçekleşmesi tedavi planının başarıya ulaşmasına imkan vereceğinden bakım yurtları kanunen hastane baş hekimliğine bağlanmakta ve kurum personelinin eğitimi ve çalışma tarzı hastanelerden tamamen ayrılmaktadır.

Yaşlı kişi, evinde yaşıyorsa ev sağlık hizmetleri verilmektedir. İngiltere'de bu tip sağlık hizmetleri çok gelişmiştir. Bölge bakım servisi isteyene doktor sağlamakta, hastaya tıbbi bakım hizmeti evinde verilmektedir. Yaşlının hastaneye sevki ya da hastaneden çıkışında gerekli olan yardım yapılmaktadır. Gönüllü kuruluşlar bu konuda çok aktif hizmet vermektedirler.

ABD ve İngiltere'de yaşlıların tek ya da çift olarak kaldıkları bağımsız kat ya da küçük evlerden oluşan bakım kurumları bulunmaktadır. Bu mekanlar yerel yönetimler ya da konut birlikleri tarafından inşa ettirilmekte ve yaşlılara kiralanmaktadır. Korunmalı ev ve daireler olarak tanımlanabilen bu tip kurumlarda sosyal servis bulunmakta, bir müdürün idaresinde bulunan sosyal servis yaşlılara istediklerinde hizmet götürmektedir.

Ayrıca İngiltere'de yaşlının kendi evinde ya da korunmalı ev ve dairelerde bakılamayacak duruma geldiğinde kalabileceği huzurevleri vardır. Burada kalanlar bakım yurtlarında bakılanlardan farklı olarak devamlı bakıma gerek duymayan kişilerdir.

ABD, İngiltere, Almanya ve İskandinav ülkelerinde kurumsal bakım gelişmiş, kültürel bakımdan büyük kabul görmüştür. Ayrıca, evinde gündüz yalnız kalması sakıncalı olan yaşlıların bakımlarının yapıldığı çeşitli nitelikte gündüz bakımevleri de bulunmaktadır. Buralarda bakım hizmeti çerçevesinde yemek ve gündüz aldığı ilaçlar zamanında verilmekte, yaşlının istirahatı sağlanmakta, yaşlı akranları ile bir arada olduğundan ilişkileri daha sağlıklı olmaktadır.

AVRUPADA YAŞLILARIN BAKIMI

GENEL BİLGİ

Avrupa yaşlanan nüfusu ve küçülen işgücüyle emekli aylığı, sağlık sistemleri gibi çok büyük ekonomik güçlüklerle yüzleşmek zorunda kalmıştır. Aynı zamanda, yaşlanan nüfus sosyal problemlere de neden olmaktadır. Sosyal durum giderek değişmekte (daha çok çalışan kadın nüfusu, boşanmış aileler) ve yaşlı insanlar toplum dışına itilmekle karşı karşıya kalmaktadır. Yaklaşan AB genişlemesiyle daha da ortaya çıkacak olan finansal yapıdaki farklılıklar Avrupa ülkelerinde eşitsizliklere neden olacaktır.

Avrupa yaşlanmakta olan bir kıta olup 21. yüzyıla girecek nüfusun altıda biri 65 yaş üstündedir. Tahminen bazı Batı Avrupa ülkelerde 2025'te nüfusun beşte biri 65 yaş üstü olacak.

Gerçekten İtalya, Yunanistan, ve İsveç gibi ülkeler bugün dünyanın en yaşlı nüfuslu ülkeleri arasında sayılmaktadır. Bu ülkelerde doğumda, erkekleri ortalama 75 yıl, kızları ise 80 yılı aşkın yaşam ömür süresi beklenmektedir.

Batı Avrupa ülkeleriyle kıyaslanırsa, Doğu Avrupa ülkelerinin yaşam ömür süresi daha düşüktür. Örneğin eski Sovyetler Birliği'nde son on yıllarda önemli ölçüde bir düşüş gözlenmiştir. Halbuki Polonya'da yaşlıların yüzdesinde yakın gelecekte hızlı bir artış beklenmekte ve 2025'te nüfusun beşte birinin 65 yaş üstü olacağını tahmin edilmektedir.

| | Doğumda beklenen yaşam ömür süresi | | 65 üstü nüfusun yüzdesi | | | |
|------------|------------------------------------|--------|-------------------------|------|------|------|
| | Erkekler | Kızlar | 1960 | 1980 | 2000 | 2025 |
| Fransa | 74,6 | 82,2 | 11,6 | 14,1 | 16,0 | 22,3 |
| Yunanistan | 75,5 | 80,8 | 9,4 | 13,2 | 17,3 | 23,5 |
| İtalya | 74,9 | 81,3 | 9,2 | 13,1 | 18,1 | 25,4 |
| Polonya | 68,9 | 77,3 | 5,9 | 10,0 | 12,3 | 20,7 |
| İsveç | 76,9 | 81,8 | 11,6 | 16,2 | 17,3 | 23,8 |
| İngiltere | 74,6 | 79,6 | 11,7 | 14,9 | 15,7 | 21,2 |

Bu seyir özellikle 80 yaş üstü gruplarında devam edecek gibi gözükmektedir. Dolayısıyla sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine ihtiyaç artacaktır. Çünkü yaşla birlikte özür ve bağımlı kalma ihtimalleri de artmaktadır.

65 yaş üstü insanların çoğu sağlam ve sağlıklıdırlar. Günlük yaşamlarında yardım ihtiyaç duymayan insanlardır. 65 ile 69 yaş arasında yaşlıların tam günlük bakım ihtiyaçları % 5'in altındayken, 80 yaşı aşkın yaşlıların tam günlük bakım ihtiyaçları % 30'a kadar çıkmaktadır.

Bu veriye dayanarak çoğu Batı Avrupa ülkelerde tam günlük ve yarım günlük bakım ihtiyacı duyanların nüfusun % 6'sını oluşturdukları söylenebilmektedir.

Tam günlük ve yarım günlük bakım ihtiyaç duyulanların nüfus yüzdesi

| | Tam günlük | | | | Yarım günlük | | | | Net |
|------------|------------|-------|-----|--------|--------------|-------|-----|--------|-----|
| | 65-69 | 70-79 | 80+ | Toplam | 65-69 | 70-79 | 80+ | Toplam | |
| Fransa | 0,2 | 0,7 | 1,1 | 2,1 | 0,5 | 1,1 | 2,2 | 4,2 | 6,3 |
| Yunanistan | 0,3 | 0,7 | 1,1 | 2,1 | 0,5 | 1,4 | 2,2 | 4,1 | 6,2 |
| İtalya | 0,3 | 0,8 | 1,2 | 2,3 | 0,5 | 1,6 | 2,4 | 4,5 | 6,8 |
| Polonya | 0,2 | 0,5 | 0,6 | 1,4 | 0,4 | 1,1 | 1,2 | 2,7 | 4,1 |
| İsveç | 0,2 | 0,8 | 1,4 | 2,5 | 0,4 | 1,6 | 2,9 | 5,0 | 7,4 |
| İngiltere | 0,2 | 0,7 | 1,2 | 2,2 | 0,4 | 1,5 | 2,4 | 4,3 | 6,5 |

Yaşlıların bakım ihtiyaçları artarken çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerden dolayı aile fert bakıcıları önemli ölçüde azalmaktadır. Bunun nedenlerinin başında bir kadın başına ortalama çocuk sayısının azalması gelmektedir.

Diğer bir nedeni ise kadınların iş piyasasına katılımlarının artışıdır. Üçüncüsü, özellikle bayanlar için emeklilik yaşının artmasıdır. Bu gelecekte çok ciddi bir sorun yaratacaktır. Çünkü 50 ile 60 yaşlarında olanlar hala emekli olmayacak, aktif çalışmakta olacaklar ve kendi aile yaşlılarına bakmak için yeterli zaman bulamayacaklardır.

Yukarıda sayılan ve diğer nedenlerden dolayı, eğer verimli bir destekleyici poliçe sistemi geliştirilmezse, ileride aile fertleri tarafından bakıcılarda ciddi bir sorun olacaktır.

Genel olarak Avrupa sağlık ve sosyal bakım poliçelerine bakacak olursak basit bir kavram olmadığı görülmektedir. Çünkü farklı Avrupa ülkelerinin değişik poliçeleri, müdahaleleri, kendine özgü tarihsel, siyasal ve sosyal zeminleri vardır.

Fransa hariç hemen hemen bütün Batı Avrupa ülkelerde ulusal sağlık hizmeti vardır. 2. Dünya Savaşından sonra çoğu Avrupa ülkelerde sosyal hizmetler ve sağlık bakım hizmetleri halk tarafından üstlenilmiştir.

Bütün Avrupa ülkelerinde yaşlıların bakımı için kaynaklar ayrılmıştır. İsveç'te, yaşlıların bakımına çok önem verilmiş ve uygun ekonomik ortam katkısında yetenekli personeller de yetiştirilmiştir. Diğer ülkeler ise yaşlıların sağlık ve sosyal bakıma yeterince önem vermemişlerdir. Örneğin Birleşik Krallıkta, son on yıllarda yaşlıların bakım hizmetlerinde ciddi bir gelişmeler olmuştur. Ancak bu gelişmeler önceden planlanmış olarak değil, yaşlı nüfusun ve bakım ihtiyaçlarının artışlardan kaynaklanmaktadır.

Yunanistan, İtalya, ve Polonya gibi bazı ülkelerde yaşlıların bakımı hâlâ evde aile fertleri tarafından yapılmaktadır. Bu sadece ekonomik bir durum değil, daha ziyade sosyal ve kültürel bir durumdur.

Yunanistan ve İtalya'da, bakım evleri çok azdır ve yaşlı nüfusun hızlı artışı aile fertleri için büyük bir sorun yaratmaktadır. Buna çözüm olarak maddi durumu iyi olan aileler yurt dışından insanlar getirtmekte yada yabancı gurbetçilerden destek almaktadırlar. Bunların çoğu Orta ve Doğu Avrupa kökenli orta yaşlı kadınlardır. Hizmetlerine karşılık ya barınma ihtiyaçları giderilmekte ya da para

ödenmektedir. Genel anlamda Avrupa ülkelerinde yaşlıların herkes gibi eşit sağlık ve sosyal bakım hizmet hakları vardır. Gene de hizmetlere ulaşımın gerçekten yaş bakılmaksızın herkes için aynı olup olmadığı bir soru işareti olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hızlı bir şekilde yaşlanan toplumlarda meydana gelen en önemli sosyal risklerin başında doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte, bakıma muhtaçlık riskinin artması gelmektedir.

Bakıma muhtaçlık, özürlülük, yaşlılık, hastalık veya malullük gibi sebeplerden dolayı kişinin fiziği, hareket edebilirliğinin engellenmesi veya aklı, ruhî becerilerinin kısıtlanması sonucunda gerek beden temizliği, gerek beslenme, gerekse ev idaresinde genelde sürekli olarak bir bakıcının düzenli bakımına ihtiyaç duyma halidir.

Bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvence sisteminin geliştirilmesi için çözüm modeli olarak bir çok sistem mevcuttur. Bakım güvence sisteminin finansmanı ile ilgili olarak ortaya çıkan modeller şu şekildedir.

- 1) İradî temeline dayanan özel tasarruflar (kişiler ve ailenin yükleneyeceği)
- 2) İradî ve ihtiyarlık temeline dayanan özel sigorta (emeklilik bağlantılı özel sigortası kapsamında özürlülük veya bakıma muhtaçlık poliçesi)
- 3) Kamu destekli özel sigortalar (devlet para yardımı, vergi teşvikleri veya ortaklık düzenlemeleri gibi)
- 4) Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sistemi (genel vergilerden finanse edilen bu sistemde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirin'e göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir.)
- 5) Sosyal sigorta kapsamında bakım güvencesi sistem

Uygulanmada sistem birçok Avrupa ülkesinde hem kamu hem de özel sektör tarafından ortaklaşa finanse edilmektedir. Örneğin, bazı ülkeler çok yoksul yaşlı ve özürlü gruplarına ihtiyaç duydukları sosyal bakım hizmetlerini kamu fonlarıyla sağlamakta, daha varlıklı kişiler de genellikle kendi tasarruflarına yada özel sigortalarına güvenmektedirler. Ancak her iki kaynak arasındaki denge oldukça değişkendir. Birçok Avrupa ülkesi bakım güvence sistemlerinden herhangi birisini tercih ederken bazıları da karma bir sistem tercih etmektedir.

DANİMARKA

Danimarka'da bakıma muhtaçlık sorunu, diğer ülkelerde olduğu gibi genelde tedavisi veya tıbbî rehabilitasyonu mümkün olmayan süregelen hasta, özürlü ve ileri yaştaki insanların varlığından kaynaklanmaktadır. Yaşlanma trendi ise ayrıca yaşlı bakım hizmetlerinin gelişmesine yol açmaktadır. Toplam nüfusu 5,2 milyon olan Danimarka'da beklenen yaşam süresi 76 yıldır. Resmi emeklilik yaşının 67 olduğu Danimarka toplumunun yaklaşık %16'sı 65 yaş ve üstündedir. 80 yaş üstündekiler nüfusun %3,6'sını oluşturmaktadır. Danimarka'da 65 yaş ve üstündeki yaşlı sayısının gelecek 40 yılda %50 artacağı öngörülmektedir.

Danimarka, hızla yaşlanan nüfusun ekonomi içerisindeki baskısını, sosyal güvenlik sistem üzerindeki etkilerini, sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlanabilirliği ile ilgili endişeleri ihtiyacı olanları bakım yurtlarına gönderme şeklinde aşmaya çalışmaktaydı. Genel olarak sorunları önceden fark eden, gerekli tedbirleri alan ve bakım güvence sistemini geliştiren bir ülke olmuştur.

1980 öncesi yıllarda, kendi bakımını sağlayamayan yaşlıların ve özürülülerin bakım kurumsal bakım hizmetlerinin yanında eve yönelik sosyal nitelikli veya tıbbi destekli bakım hizmetleri yetersizdi. Bunun yanında huzurevinde veya bakım yurdunda yatmak için, kişiler uzun süre beklemek zorunda kalıyorlardı.

1979'da kurulmuş olan Yaşlılık Komisyonu, gelecekle ilgili sosyal politika oluşturma, yaşlı hasta veya özürülülerin özerkliğini koruma adına yaşam kalitesini olabildiğince yüksek olmasını sağlayacak bir şekilde kendi evinde hayatını idame ettirmesini öngören sosyal bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ve evde 24 saat sosyal bakım verilmesini önermekteydi. Bu öneriler doğrultusunda 1985-1997 yılları arasında huzurevlerinin ve bakım yurtlarının yatak sayısı % 30 civarında azaltılmıştır. Bunun yerine belediyeler, özel dizayn edilmiş sosyal konutların yapılmasına ağırlık vermiştir. Bu yıllar arasında bu tür konutların sayısında % 331'lik bir artış sağlanmıştır. Görüldüğü gibi, yasal olarak kurumsal bakım yerine evde sosyal bakıma ya da yaşlılar için özel dizayn edilmiş sosyal meskenlere doğru yapılanma 1987-1997 yılları arasında hızlı bir değişim göstermiştir.

1987'de yasal düzenlemelerle kurumsal bakım hizmetleri yerine kurumsal olmayan evde sosyal bakım hizmetlerine ve "yaşlılar için konutlar" anlayışına geçilmiş ("Housing for Elderly" Act), 1997'de de yaşlıların yeni sosyal mekanlarında hayat kalitesi ile ilgili konulara ve bakım hizmetlerini kolaylaştıracak mimari düzenlemelere (mutfak, banyo, yatak odası, oturma odası) zorunluluk getirilmiştir. Bu süre içinde; huzurevi ve bakım yurdu yapımı ile ilgili giderler azaltılmış, gereksinimi olanlara sürekli ev yardımları ücretsiz sağlanmış, emeklilerin ekonomik şartları iyileştirilmiş, koşulları yükseltilmiş, evde bakım hizmetleri veren sağlık ve diğer çalışanlara ihtiyaçlarına uygun olarak çok aşamalı eğitim imkânları sağlanmıştır. Başarılı sağlık bakım projeleriyle huzurevleri, tıbbî bakım merkezlerine dönüştürülmeye başlanmış, evlerinde yaşayan yaşlılara, süregelen hastalara ve özürülülere ise 24 saat sağlık hizmetlerini de içinde barındıran sosyal bakım hizmetleri verilmeye başlanmıştır.

Huzurevlerinin rollerinin değişmesiyle birlikte çok daha fazla kişiye evde bakım hizmetleri ulaştırılmıştır. Örneğin, 1984'de Skaevinge Belediyesi tarafından uygulanan evde bakım projesi ile hem sosyal açıdan, hem de maliyetler açısından oldukça pozitif sağlık sonuçları elde edilmiştir. Bu belediyenin, ağırlıklı olarak eve dönük entegreli sağlık ve bakım modeli, tüm diğer belediyeler için örnek oluşturmuştur. 1990'dan bu yana belediyelerin %75'i aynı yöntemi uygulamaktadır. Elde ettikleri sonuçlar ise Skaevinge Belediyesi ile hemen hemen aynı düzeyde olmuştur.

Bütün bu çalışmalardan sonra, 1985'de Danimarka'nın bakıma muhtaçlar için kişi başı harcamaları ABD'nin harcamalarından iki kat fazla iken, 1997'de kişi başı harcamaları hemen hemen ABD ile aynı düzeye indirilmiştir. Diğer taraftan 1982'de 75 yaş ve üstünde olanların % 16'sı huzurevinde veya bakım yurdunda kalırken, 1999'da bu oran, % 9'a düşürülmüştür. Bakıma muhtaç yaşlıların % 11'i ise yaşlı ve özürülüler için özel düzenlenmiş sosyal konutlarda yaşamaktadır. Ulusal düzeyde

sosyal bakım hizmetlerinden sorumlu olan Sosyal İşler, Sağlık ve Konut Bakanlığı'nın temel gâyesi, bakıma muhtaç kategorisine girenlerin mümkün olabildiğince evlerinde kalmasını desteklemektir. Danimarka, Avrupa ülkeleri içinde en yaygın bir şekilde evde veya sosyal konutta yaşayan bakıma muhtaçlara yönelik sosyal bakım hizmetlerinin genelde ücretsiz olarak sağlandığı ülkelerin lideri olarak kabul edilmektedir. Ancak, evde sosyal bakım sisteminin başarısı; sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik ve özel sosyal konut politikalarıyla karşılıklı etkileşimin sonucuna bağlı olduğuna da hatırlatmak gerekmektedir. Bakım Güvence Sisteminin Özellikleri Çok gelişmiş bir sosyal devlet yapısına sahip olan Danimarka'nın sosyal politikaların finansmanı, vergilerle finanse edilmektedir. Sosyal sistem, sosyal güvenlik ağıyla tüm Danimarkalıları kapsamaktadır. Tıbbî hizmetler ve sağlık yardımları, ulusal sağlık sigorta sistemi altında ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Bakım güvencesi ise, sosyal güvenlik sistemi içinde değerlendirilmesi gereken ve bakım ihtiyacına cevap verebilmek amacıyla ortaya çıkmış bir yöntemdir. Danimarka'da sosyal güvenlik sistemi, hem merkezi, hem de yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürütülmektedir. Bu kapsam içinde yaşlıların ve özürülülerin bakımı önemli bir fonksiyon olarak görülmektedir. Sağlığın korunması ve sosyal bakım hizmetlerinin verilme sorumluluğu ise, yerel idarelerin ve belediyelerin uhdesinde olup bunlar, huzurevi-bakım yurdu ya da kişiye yönelik evde bakım olarak yerine getirilmektedir

Danimarka'da yaşlı ve özürülü bakımı, belediyeler düzeyinde entegre olmuş; esnek, kişisel bakım destekli, kişinin gereksinimi ölçüsünde verilebilen bir bakım olarak dikkati çekmektedir. Finansman açısından kurumsal ve eve dönük sosyal bakım hizmetleri, % 100 olarak belediye düzeyinde vergiler yoluyla karşılanmaktadır. Evde sosyal bakım hizmetlerinden en fazla yaşlılar ve özürülüler yararlanmaktadır. Sosyal bakım hizmetleri kapsamında, ev idaresi, tıbbî bakım ve hemşirelik hizmetleri, rehabilite edici meşguliyet terapisi, aktif bakım ve sosyal aktiviteler yer almaktadır

Danimarka'da evde sosyal bakım, uzun süreli ve geçici bakım olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Uzun süreli bakım, ücretsiz olarak sunulurken, geçici bakım için, kişilerin gelirleri oranında birtakım ödeme yapması gerekmektedir

Hastalar, daha kısa sürede hastanede tutulmakta, buna mukabil yerel yönetimlerin sağladığı evde bakım hizmetleri ile kişilerin tedavisinin ve bakımının devamı sağlanmaktadır. Danimarka'da sağlık sisteminin geliştirilmesiyle birlikte 1980'de hastanede kalış gün sayısı ortalama 12,7 iken, bu oran 1992'de 7,5'e indirilmiştir. Yatarak tedavi gören hasta sayısı 170.000'e indirilirken, ayaktan tedavi gören hasta sayısı 850.000'e yükseltilmiştir. Bu değişimdeki hayati faktörün tıbbî araştırmalar ve hizmetin özelleştirilmesi, hastaya özel çözümlerin üretilmesi olarak gösterilmektedir

Evde yaşayan bakıma muhtaç kişilere sosyal bakım hizmetleri, bakıma muhtaçlık derecesi ve gereksinime göre verilmektedir. Belediyelerin ev yardımı ve sosyal hizmetlerden sorumlu memurlar, sosyal bakım hizmetleri için başvuran kişi ile birlikte nasıl bir yardıma ihtiyaç duyduğunu belirlemektedir. 64 yaş ve üstündekilerin % 17'sine hemşirelik ve ev idaresine yönelik yardımlar için hiçbir ücret alınmamaktadır. Ancak, hizmeti alanların, özel yiyecek dağıtımı, günlük bakım, rehabilitasyon, taşıma, ilaç tedavisi gibi hizmetler için, gelir seviyelerine göre birtakım ücret ödemesi yapmaları gerekmektedir.

Belediyeler, bakım hizmetlerinin sosyal maliyetlerini daha fazla artırmadan toplam kalite anlayışı çerçevesinde etkinliğini daha ileri bir düzeye ulaştırabilmek için, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini bir bütünlük içinde yürütmektedirler. Belediyeler ayrıca, evde sosyal bakım, hemşirelik ve ev idaresi gibi konularda sosyal ve sağlık eğitim programlarını kapsamlı bir şekilde yeniden oluşturma sorumluluğunu üstlenmişlerdir. Bununla ilgili olarak da, bakım hizmetlerinden sorumlu sosyal hizmet uzmanları, gerek evde, gerekse kurumlarda günlük yaşam aktiviteleri ve hemşirelik etkinliklerinin yerine getirilmesi ile ilgili olarak 12 ay boyunca 2/3'ü uygulama, 1/3'ü teorik olmak üzere eğitilmektedirler.

Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin entegrasyonunun sağlanması ile birlikte bir çok avantaj sağlanmıştır. Şöyle ki;

1)Uzun süreli bakım hizmetlerinin kalitesinde artış sağlanmış ve genel memnuniyet ortaya çıkmıştır

2) Evde 24 saat bakım hizmetlerine ağırlık verilmesinden dolayı, çok daha pahalı olan kurumsal bakım hizmetlerinde tasarrufa geçilmiş, sosyal bakım maliyetleri kontrol altında tutulabilmiş, siyasal yapı ile belediye reformlarıyla yaşlıların evde bakım finansmanı ve geliştirilmesi sağlanmıştır

3.) Yaşlılar için özel düzenlenmiş sosyal konutların geliştirilmesi üzerine hemen hemen iki bakıma muhtaç yaşlı ve özürliüden biri bu mekânlarda daha insanî bir ortamda ikâmet etmektedir. Özel konutlara olan talep, sağlık hizmetlerinin verilış yönünü değiştirerek, hastanede kalış gün sayısını ortalama 6 güne indirmiştir.

4) Milli gelirin % 5.2'si tarafından finanse edilen kurumsal olmayan bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ile aynı zamanda, hastaneler, evde bakım kuruluşları ve hekimler arasında çok yakın işbirliği ve ortaklığın oluşması (entegre bakım) imkânı sağlanmıştır. Yaşlılara ve özürliülere, hastaneye veya rehabilitasyon merkezine yatmaksızın, birbiriyle uyumlu olarak evde bakım hizmetlerinin kişiye özel ve şahsı ihtiyaçlara göre sunulması sağlanmıştır. Evde bakım hizmetlerinden, yaşlıların yanında bedensel-zihinsel özürliüler ile alkol ve ilaç bağımlısı olanlar da yararlanabilmektedir

Entegre bakım sayesinde hem insan haysiyetine yakışır bir biçimde bakım hizmetleri sağlanabilmiş, hem de evde bakım hizmetlerinin etkinliği artırılabilmiştir. Koordineli bir şekilde yürütölen evde bakım hizmetleri içinde ev hemşireliği, gündüz bakım merkezlerinde kısmî veya geçici bakım ve değişik sosyal haklar (yeme-içme, ev yardım araçları) yer almaktadır. Ayrıca acil çağrı sistemleriyle bakıcı uzman, hemşire ve diğer çalışanlar aracılığıyla evlerle bağlantı kurulmakta ve bakıma muhtaçlarla her zaman iletişim sağlanabilmektedir Yapılan bu çabalar sonucunda kurumsal bakım hizmetlerinin 1982'de Milli Gelir içindeki payı % 2,6 iken, 1994'de 2,3'e indirilebilmiştir. 1982'de % 20 olan kurumsal bakım oranı, 1996'da % 12'ye ve 2001 yılında ise % 9,1'e indirilmiş, buna karşılık evde bakım hizmetlerinin payı % 25'e yükselmiştir

Sosyal alandaki yeni düzenlemeler, her ne kadar, artan sosyal harcamaları kontrol altında tutmaya yönelik ise de, Danimarka'nın sosyal bütçesi yine de dikkat çekicidir. Nitekim, 1998'de millî gelir içindeki sosyal güvenlik ve sosyal hizmet harcamalarının payı % 30'u oluşturmaktadır. Başka ifadeyle, Danimarka, sosyal harcamalar açısından diğer ölkelerle karşılaştırıldığında İsveç ve Fransa'dan sonra 3. sıradadır. 1999'da yaşlılar ve özürliüler için yapılan harcamalar (emeklilik, huzurevi, bakım yurtları ev yardımları gibi), toplam sosyal hizmetler harcamalarının % 41'ini oluşturmaktadır

HOLLANDA

15,8 milyon Hollanda nüfusunun % 13,6'sını 65 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. 2010 yılında bu oranın % 15,8'e, 2025 de ise % 23'e yükseleceği tahmin edilmektedir. Tarihi süreç içinde şekillenen Hollanda sosyal sigorta sistemi, günümüzün mevcut sağlık hizmeti sınıflamasına göre üç farklı boyutta gelişim göstermiştir:

1. Akut Tıbbi Bakım (Hastalık): Tıbbi bakım hizmetleri, 1966 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlık Sigortası Kanunu tarafından yönetilmektedir. Sosyal sigorta kapsamı içinde yer alan tüm kişiler, bu kanun sigortası içinde yer almaktadır. Bu da ortalama olarak nüfusun % 64'üne tekabül etmektedir. Geri kalan % 5'i, devlet memurlarının sağlık sigorta düzenlemesi içinde, % 31'i de, özel sigorta şirketlerinde yer almaktadır.

2. Bakımı Destekleyen Unsurlar: Özel sağlık sigortası düzenlemeleri tarafından yerine getirilebilen sosyal bakım hizmetleri.

3. İstisna Tıbbi Harcamalar: Uzun dönemli sosyal bakım ve(ya) yüksek maliyetli tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini içermektedir. Bu tür bakım hizmetleri, 01 Ocak 1968 yılında yürürlüğe konulmuş olan "İstisna Tıbbi Harcamalar Kanunu" (Exceptional Medical Expenses Act) tarafından karşılanmaktadır. Kanun, uzun dönemli sosyal bakımı ve(ya) çeşitli şekillerdeki yüksek maliyetli tıbbi bakımı da içine alan hizmetleri kapsamaktaydı. Kanun, 1980 yılında huzurevlerini ve bakım yurtlarını, 1989'da da eve dönük sosyal bakım hizmetlerini uygulama kapsamına almak sûretiyle bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvenlik modelini oluşturmuştur

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

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

- Evde bakım hizmetlerinin genişletilmesi ve yaygınlaştırılması.
- Ameliyat sonrası hastanın iyileşmesi ve hayatın son günlerini ızdıraplı geçirenler için evde bakım hizmetlerinin arttırılması.
- Hiçbir kurumsal hizmetten yararlanmayan ve kendi başına bağımsızlığını sürdürmekte zorlanan kişilere yaşlı-özürlü bakım evlerindeki bakım imkânlarının artırılması.
- 1990 kadar % 5,8 olan sağlık sigortası primi eşit oranlarla paylaşılarak işçi ve işveren tarafından ödenirken, bu tarihten itibaren primlerin ödenmesi sadece sigortalı işçilere ait olmaktadır

Bakım Güvence Sisteminin Özellikleri Finansman

Hollanda'da sağlık ve bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu ve özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme şeklinde finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmekte olan ortaklaşa ödeme, bakımın türüne ve kişinin gelir düzeyine göre belirlenmektedir. Sosyal bütçe kaynaklarının yalnızca % 4,4'ü vergiye dayanmaktadır. Geri kalan % 74, 8 ise sigorta primlerine dayanmaktadır. Devlet, bütün kaynağını primlere sıkı sıkıya dayandırmasına rağmen, devlet kaynakları yine de yetersiz kalmaktadır. Başka bir anlatımla, sigorta sistemi, sağlık ve bakım hizmetlerinin karşılanmasında aciz kalmakta ve vergi desteğine ihtiyaç duymaktadır.

Hollanda'da sağlık ve bakım sigortası için brüt gelirden kesilen prim oranı 1997 için % 8,85'dir. Bu oran, 1998'de % 9,6'a yükseltilmiştir. İşveren, primin aslan payını ödemektedir. Brüt geliri belirlenmiş gelir diliminden düşük olanları işveren ödemekte iken, gelir dilimi yüksek olanların ödemesinin tamamı çalışana ait olmaktadır.

2000 yılı sağlık ve bakım harcamalarının Millî Gelir içindeki payı % 8,8'dir. Sağlık-bakım hizmetleri finansmanı, kamu ve özel kaynaklardan oluşan kompleks bir yapıya sahiptir. % 79'u kamu (sosyal sigortalar kapsamında hastalık sigortası primleri ve genel vergiler), % 21'i özel sigorta kaynaklarının dışında sağlık hizmetlerinden yararlananların gelirlerine göre direkt ödemelerinden oluşmaktadır a)Bakıma muhtaçlık kavramı, yasal olarak tanımlanmamasına rağmen, genelde hasta, özürlü ve yaşlılar arasında bir ayırım yapılmaksızın, bütün bakıma muhtaçlar kanunî olarak korunmaktadır. Uygulama boyutuyla daha somut olarak ifade etmek gerekirse; Kişinin genel sağlığı, hastalığa bağlı gelişen bakıma muhtaçlık durumu, psikolojik ve sosyal fonksiyonları, ev ve çevre koşulları gibi kriterler, sürekli bakımın gerekliliği açısından dikkate alınmaktadır. Diğer yandan bakım hizmetlerinin türü ve yardım boyutunu tayin eden bakıma muhtaçlık derecesinin tespiti, geçici tıbbî tedavi veya kalıcı yataklı bakım hizmetine göre tasnif edilmektedir. Bakımın günde en az 2 saat 30 dakika sürmesi veya günde en az 3 kez ev ziyaretine gerek duyulması hâlinde bakım giderlerinin bütünü, kurumsal bakım hizmetlerinde olduğu gibi, sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır Bakıma muhtaçlık derecesinin tespiti ve bakım hizmetlerine uygunluk değerlendirmesi, sigortaya bağlı bölgesel değerlendirme kuruluşları tarafından yapılmaktadır. Her kuruluştaki; polişe sahipleri, tüketici kuruluşları, hizmet sağlayan kuruluşlar, hekimler, sigortacılar ve belediye temsilcileri yer almaktadır.

Hollanda'da uygunluk tanımlandıktan (belirlendikten) sonra bakıma muhtaç kişi, kişisel bütçe adı altında bakım parası alabilmektedir. Bu parayla haricî bakım hizmetlerini, aile fertlerinden, bağımsız çalışan profesyonel bakıcılardan, sivil toplum kuruluşlarından ya da bakım şirketlerinden alabilmektedir. Sosyal bakım harcamalarının önemli bir kısmı, haricî bakım hizmetlerinden yararlanma şeklinde olmaktadır. Bakım ödeneklerin sağlanmasının en olumlu sonucu, kalite ve fiyat rekabetinin sağlanması konusunda bakım şirketleri üzerinde büyük baskı unsuru oluşturmuş olmasıdır.

Bakıma muhtaç kişinin eline geçen bakım parası, bir taraftan kişinin özerkliğini-bağımsızlığını artırmakta, bir taraftan da bakım hizmetlerinin kalitesini

artırmaktadır. Bakıma muhtaçlar, kişisel bütçe imkânları sâyesinde bakım planlarını istedikleri gibi kendileri denetleyebilmekte ve bundan dolayı da genelde memnun kalmaktadırlar

Bakım şartlı maddi desteğin temel gayesi, “müşteri”yi (hizmeti alanı) güçlendirmek ve kendi bakımlarını, uzman bakıcılar yoluyla daha çok temin edebilmesini ve yüksek bir hayat kalitesi sağlamaktır. “Tüketici” yönlendirmeli evde bakım, özellikle nakit ödeme, “müşteriler”e (hizmeti alanlara) kendi ihtiyaçlarına en uygun olan hizmet türünü seçme esnekliği tanımaktadır. Diğer taraftan, bakım sektöründe rekabet de arttığından hizmeti sunan özel bakım şirketleri, yeni “müşteri” kazanmak ve karını yükseltmek uğruna “tüketici” ihtiyaçlarına yönelik başarılı bir şekilde daha esnek davranmaktadır.

Bakım parası ödemelerinden yaralanabilmek için, kişinin 3 aydan daha fazla bakım ihtiyacının ve kendi evinde yaşamak mecburiyetinde olması gerekmektedir. Para yardımı, kişinin bakıma muhtaçlık derecesine, bir başka ifadeyle bakım ihtiyacına göre belirlenmektedir. Miktarı da, yukarıda da ifade edildiği gibi, bakım için ihtiyaç duyulan saat üzerinden hesaplanmaktadır. Kişinin durumu, her 6 ayda bir yeniden değerlendirilmektedir. Buradaki amaç, ödenen bakım parasının başka amaçlarla kullanımını önlemektir

Uygulama Biçimi ve Evde Bakım

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

Hollanda’nın bakım yapısı, hem çok karışık, hem de çok çeşitlidir. Gerçi bakım hizmetlerinin uygulanışını, çok basit bir yaklaşımla kurumlarda ve evlerde bakım şeklinde iki kısma ayırabiliriz.

Ancak, özellikle evde bakım hizmetlerinin, kişinin bakıma muhtaçlık türü, derecesi ve dolayısıyla ihtiyacına göre biçimlendirildiği için, çok zengin ve değişken olduğunu söyleyebiliriz. Evde sosyal bakım hizmetlerinin kapsamı içerisinde, ev hemşireliği, kişisel temel bakım, ev temizliği, sağlık hizmetleri, tıbbî tedavi ve rehabilitasyon, gündüz bakım, yardımcı araçlar ve gece bakımı yer almaktadır. Ev hemşireliği, “Sosyal Bakım” ve halk sağlığı konusunda eğitim almış uzman bakıcılar tarafından sağlanmaktadır

Kaliteli bakım hizmetlerinde önem arz eden “Sosyal Bakım”, uygulamalı bakım hizmetleri ve bir bilim dalı olarak ikiye ayrılmaktadır

1)Uygulamalı Sosyal Bakım Hizmetleri: Değişik sebeplerden dolayı bakıma muhtaç hâle gelmiş insanlara, bakım hizmetleri ile ilgili olarak sistemli, planlı, organizeli bir biçimde yürütülen, bakıma muhtaç insanın bulunduğu mekâna göre kurumsal ve(ya) eve yönelik bütün destek ve yardımlardır. Sosyal bakım hizmetlerinin hedefi, kurumsallaşmış çağdaş bakım sistemi oluşturarak, gerek bakım yurtlarında, gerekse evde, profesyonel bakıcı uzmanların ve bakımı kolaylaştıran teknolojik araç-gereç yardımı ile bakım hizmetlerindeki kaliteyi artırmak ve aile fertlerinden oluşan bakıcıların yükünü hafifletmektir.

2) Bir Bilim Dalı Olarak Sosyal Bakım: Teorik, metodik (yöntemsel) ve spesifik meslek ağırlıklı modelleriyle sosyal hizmetler, hemşirelik (hasta, özürlü ve yaşlılara yönelik bakıcılık) ve sosyal tıp biliminden müteşekkil bir bilim dalıdır. Sosyal bakım biliminin ana teması, uygulamadaki bakım faaliyetlerinin ve hizmetlerinin psiko-sosyal çerçevede incelenmesinden ibarettir. Bu çalışmalar sâyesinde, hayata geçirilen bakım hizmetlerinin muhatabına ve sosyal çevresine ne gibi olumlu-olumsuz etkiler yaptığı araştırılmaktadır. Bakım hizmetlerinde verimliliği yüksek seviyelere çıkarabilmek ve bakım görevini üstlenen bakım elemanlarının hizmet kalitesini artırabilmek için, sosyal bakım bilimi dalında sosyal bakım kalitesini artırmak maksadıyla geliştirilen “Standart Bakım Modelleri”ne dönük araştırmalar yoğunluk kazanmaktadır. Bu çerçevede, sağlık meslek elemanlarıyla koordineli ve örgütlü bir çalışmanın sağlanmasını üstlenen “Bakım Yönetimi” disiplini de ortaya çıkmıştır.

Batı dünyasında 1960’lı yıllardan beri “sosyal bakım bilimi” adı altında üniversitelerde ders verilmektedir. Hollanda’da ev hemşireliği ve ev yardımı şeklinde iki şekilde ortaya çıkan evde sosyal bakım hizmetleri, genelde kâr amaçlı olmayan sivil toplum kuruluşları ve kiliseler tarafından sağlanmaktadır. Bunlar arasında rekabet yoktur. Çok az sayıda kâr amaçlı kuruluşlar veya şirketler, evde bakım hizmetlerini sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti sağlayan kuruluşlar, üç kriteri yerine getirmek mecburiyetindedirler:

1) Sosyal bakım hizmetleri içinde hemşirelik bakım, kişisel bakım (gündelik hayat aktivitelerinin sağlanmasına yardım), ev idaresi-işleri, bakımı kolaylaştıran, sağlığı geliştiren ve destekleyen araçların ödünç olarak verilmesini sağlayacak hizmetleri verebilmelidir.

2) Çalışan bakım elemanlarının sosyal güvenliği temin edilmeli ve sosyal kanun, tüzük ve toplu iş sözleşmeleri gibi düzenlemelerde veya antlaşmalarda bakım ile ilgili olan hükümlere riayet edilmelidir.

3) Kuruluş, belirlenmiş “Standart Bakım Modelleri”ne uygun kaliteli bakım hizmeti yerine getirmelidir.

Standart Bakım Modelleri (Bakım Standartları); bakım hizmetlerinin görev alanı (hasta, yaşlı veya özürlü bakımı) ve hedefini (sosyal bakım kalitesinin oluşturulması, korunması ve geliştirilmesi) belirleyen ve bakım elemanları tarafından genelde kabul edilen ve uygulanabilen bütün faydalı ve etkili norm ve ölçülerdir. Bir başka ifadeyle, vazifeli veya gönüllü bakıcı kişilerin, genelde sürekli olarak tekerrür eden hadiselerin ve hasta tutum ve davranışlarının karşısında nasıl bir hizmet biçimi sergilemesi gerektiği hususunda yol gösteren sistemli bir kaideler manzumesidir

Hollanda’da bakım hizmeti sunan kuruluşlar, düzenli olarak yetkililer tarafından denetlenmektedir. Her kuruluş, iç sistemlerinde kalite standartlarını oluşturmak, düzenli aralıklarla gözden geçirmek ve geliştirmek zorundadır. Ayrıca, fiyatın belirlenmesi ve kalite standartlarının oluşturulmasındaki düzenlemeler, ulusal hükümet tarafından yapılmaktadır.

Bakım standartları, genelde üç aşama hâlinde ele alınmaktadır

Yapısal Standartlar: Bakımın hangi teknik, örgütsel, personel, mahallî, mimarî, hukukî şartlar çerçevesinde yapıldığını gösteren bir kavramdır.

Süreç Standartları: Bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmaların ve faaliyetlerin bütünüdür. Bakım hizmetleri alanında adım adım tâkip edilmesi gereken işlemler, müdahaleler ve genel anlamda bütün faaliyetler, standart bakım modellerinde tavsiye edilen ölçülere göre yürütülmektedir.

Sonuç Standartları: Bakım faaliyetlerinden elde edilen neticelerin, konulan hedeflere ne derecede ulaştığını gösteren bir ölçü olması dolayısıyla, bakım kalitesinin seviyesini ve buna binaen bakıma muhtaç kişinin memnuniyet derecesini yansıtmaktadır

AVUSTURYA

Avusturya'da bakım muhtaç halinin derecelendirilmesi tıbbi esaslara göre ele alınmamaktadır. Bakıma muhtaç kişi için sarf edilen zaman, onun bakım derecesini belirlemek için en büyük kriter olarak görülmektedir. Yedi ayrı dereceye tabi tutulabilmek için, birey üç yaşını doldurmuş olmalı ve bakım muhtaç hali en az altı ay devam etmelidir. Bu şartları yerine getirenlere, bakım derecelerine göre aylık yardım yapılmaktadır. Avusturya'da bakım hizmetleri çok yakın zamana kadar değişik kanuni düzenlemeler ışığında sağlanmaktaydı. Özellikle, Almanya'da olduğu gibi, BMK'lerin kurumsal bakım giderlerinin büyük bir bölümü sosyal yardım niteliğindeki bakıma destek programları çerçevesinde karşılanmaktaydı. 1993'te kabul edilen "Federal Bakım Parası Kanunu" (Bundespflegegeldgesetz) ile karışık yasal düzenlemelerdeki bakım hizmetleri bir yasada toplanabilmiştir. Yeni bakım kanunu sayesinde, bütün fertler BMR'ye karşı güvence altına alınmıştır. Bakım hizmetlerinin finansmanı, geçmişte olduğu gibi, genel vergi gelirlerinden elde edilen kaynaklarla sağlanmaktadır.

BELÇİKA

Belçika, BMH'nin ve derecesinin tespitine yönelik, Avustralyalı bir hekim olan Katz'ın geliştirdiği ADL (Activities of Daily Living) modelini 1991'den beri uygulamaktadır. Bu modele göre, hayatı idame ettirebilmek için yapılması zaruri olan değişik aktiviteler 1'den 4'e kadar devam eden kategorilere göre tasnif edilmektedir.

Üç basamak (derece) halinde ele alınan BMD'yi tespit edebilmek için, hem aktiviteleri hem de bunların kategorik değerlendirmeleri dikkate alınmaktadır

Mesela, BMK'nin en alt düzeyini teşkil eden birinci basamaktan (N derecesi veya basamağı) kabul edilebilmesi için, N basamağında anılan aktivitelerin kategorik değerlendirmesi en az üçten başlaması gerekmektedir. Daha somut bir yaklaşımla diyebiliriz ki; BMH'nin varlığı halinde, BMK'nin derecesi bir üzerinden kabul görmesi için, N basamağındaki yıkanmak ve giyinmek-soyunmak gibi aktivitelerin ifasına yönelik BMK'ya en az beden altı ve üstü için kısmi yardımın zaruri olması gerekmektedir. ikinci derecedeki bir BMK'ye ise, yukarıda anılan N basamağında aranan asgari şartının yanında, hareket ve tuvalet aktivitelerinin ifası için (Basamak A) 3. kategoride zikredilen yardımların (kalkma ve hareketin yanında tuvalete gitmede ve taharetlenmede mutlak yardım) yapılması zorunludur.

Üçüncü basamakta (B) kontinans ve yemek aktiviteleri geçmektedir. Buna göre, üçüncü dereceden bakıma muhtaç sayılabilmek için, N ve A basamaklarındaki asgari şartların yanında son basamağın (B) aktivitelerinin 3. ve 4. kategorileri geçerli olmalıdır

Sosyal hizmetler alanında çok karmaşık bir yapı sergileyen Belçika'da, hastalık sigortası gerek bakım yurtlarına gerekse ambulans bakım hizmetleri sunan sosyal kuruluşlara direkt olarak nakdi yardımlar yapmaktadır. Bakım yurtlarında yaşayan BMK'lerin temel bakım hizmetleri ücretsiz olarak verilirken barınma ve beslenme hizmetleri için ücret talep edilmektedir. BMK'lerin bunları ödeyecek durumda olamamaları halinde, bölge sosyal yardım müesseseleri aracılığı ile mali destek sağlanmaktadır

FRANSA

BMH'nin yasal tanımı henüz yapılmamıştır. Buna rağmen, içinde en az bir hekimin bulunması şartıyla üç kişiden oluşan bir heyetin BMD'yi tespit etmek üzere yetkili birimlerce görevlendirildiğini görmekteyiz. BMK'nin özel yaşam şartlarını inceleyen bu heyet, gerekli gördüğü yardımın türlerini de belirterek, vardığı sonucu bir rapor halinde vilayet birimine iletir.

Bunun yanında, bu heyete, BMK'yi ve ona bakan yakınlarını ilgilendiren konularda aydınlatma ve yardımların amacına uygun olarak kullanılıp kullanılmadığını tetkik etme yetkisi verilmiştir

Şimdiye kadar Belçika'daki sosyal yardımlaşma sistemi içindeki bakım güvencesinin modelini örnek alan Fransa, Almanya'nın uygulamaya koyduğu Kanuni Bakım Sigortası'ndan etkilenerek, yeni bakım politikaları geliştirmektedir. Almanya'nın iki etapta uygulamaya koyduğu bakım hizmetlerinden esinlenerek, Fransa, ilk etapta 01.01.1996'dan itibaren başlatmak üzere evde yaşayan 60 yaşın üzerindeki 430 bin BMK'ye geliştirilmiş ambulans bakım hizmetlerini faaliyete koymuştur. İkinci etapta ise, 01.07.1997'den itibaren geçerli olmak suretiyle, bakım kurumlarında yaşayan yaklaşık 240 bin BMK sosyal güvence altına alınmıştır. Bu hizmetlerin ifası için başlangıçta 14 milyar Frank gerekirken, istasyonier bakım hizmetlerinin de devreye konulması ile bundan böyle her yıl takriben iki katına ulaşacak bir rakama ihtiyaç duyulacaktır. Yeni uygulamadan evvel bakım hizmetleri vilayetler (departments) tarafından finanse edilmekteydi. Bunun için, yılda takriben 9 milyar Frank ayrılmaktaydı.

Bundan böyle ise, yine vilayetlerin kaynaklarının yanında genel vergilerden oluşturulacak bir dayanışma fonu'ndan elde edilecek gelirlerle artan bakım harcamaları karşılanacaktır. Evde yaşayan BKM'lere yeni hukuk düzenlemeleri ışığında, bakım derecelerine ve gelirlerine göre ayda azami olarak 4.340 Frank bakım yardımı sağlanmaktadır. Ancak, bu yardımlar nakdi olarak yapılmamaktadır. Hak sahibine harici ambulans bakım hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmesi için, belirli bir değerle sınırlandırılmış bakım çekleri verilmektedir. Ambulans bakım kurumu ise bakım hizmetlerinin karşılığı olarak BMK'den aldığı çekleri yetkili mercilere iletme suretiyle parasını tahsil edebilmektedir

NIHAİ DEĞERLENDİRME

AB 'de BMR'ye karşı uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemlerinin birbirinden bazen çok farklı olmasından dolayı sağlıklı bir mukayesenin yapılması hayli zor görülmektedir. Bununla birlikte, AB içinde sosyal güvenlik sistemlerinin birbirine uyumlu hale getirilmesi politikaları çerçevesinde bakım hizmetlerinin de bu politikaların kapsamına alınması, anılan sistem farklılıklarından ötürü, henüz erken görülmektedir. Ancak, Avrupa kıtasında yaşlıların ve dolayısıyla BMK'lerin sayısı hızla arttıkça, AB'nin ortak sosyal güvenlik politikalarının ilk sıralarında bakıma muhtaç yaşlıların sosyal güvenliği konusunun yer alacağına muhakkak gözüyle bakılmalıdır. Yaşlanan Avrupa nüfusunun sosyal vehameti 2000'li yıllardan sonra daha çok belirgin hale geleceğinden bu konuya henüz çözüm aramamış olan ülkeler de en geç bu raddeden sonra bakım hizmetleri alanında sistemlerini geliştirmek durumun da olacaktır.

Öbür yandan, bakım hizmetlerini sistemli bir şekilde uygulamakta olan birçok AB ülkesinde, bakım giderleri için de önemli bir yeri teşkil eden yurt harcamalarını azaltabilmek ve BMK'leri toplumdan ve alışageldikleri sosyal çevrelerinden koparmadan hizmet vermek maksadıyla eve yönelik bakım hizmetlerine önem verildiği de gözden kaçmamaktadır. Bu arada, bakım yardımlarının türü ve boyutunu belirleyen BMD'nin de BMK açısından önemli bir konu olduğunu belirtmek gerekir. BMH'nin derecelendirilmesinde kullanılan tıbbi kıstasların ülkeler arasında epey farklı olduğunu gördük.

Kendi nüfusu içinde kritik bir yaşlılar oranına sahip olmayan AB ülkeleri BMH'nin tanımında esnek bir uygulama sergileyip bakım hizmetlerini de daha fazla genel vergilerden finanse edilen sosyal yardım sandıklarından finanse etmektedirler.

Ancak, artan yaşlı nüfusla beraber kamusal sosyal harcamaların astronomik bir şekilde artmasından ve bütçenin de bunu karşılamakta zorlanmasından dolayı bakım hizmetlerinde yeni arayışlara gidilmektedir. Bunun tipik örneği Almanya'dır. Sağladığı geniş kapsamlı bakım hizmetlerini ileride de aynı seviyede suna bilmek için bakım giderlerinin büyük bir payını 1995 yılından beri sosyal sigortalar sistemine yatırılan bakım primlerinden karşılamaktadır.

Kaynaklar

- * Policy for The Elderly: Ministry of Health and Social Affairs Sweden
- * Residential Mobility and The Housing Adjustment of THE ELDERLY in Europe. (Konstantinus Tatsiramus Europe University Institute)
- * The Economic Wellbeing of Older People in Europe (Gustavo De Santis, Chiara Segheri, Maria Letizia Tantuni)
- * Avrupa Birliğinde Bakıma Muhtaç (Ali Seyyar)
- * Health and Social Service. 11th European Social Services Conference Vernice (Giovanni Lamura)
- * Health Care and Welfare for The Elderly in European Countries (Report number 546 January 2003)

Dr. Dursun AYDIN
Sağlık Turizmini Geliştirme Derneği
Başkanı