

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TÜRKİYE VE DÜNYADA UZUN VADELİ BAKIM (YAŞLILIK) SİGORTASI MODEL VE
UYGULAMALARI**

GURBET ÇİFTÇİ

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. İLHAN KEREM ŞENEL

İSTANBUL-2019



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE VE DÜNYADA UZUN VADELİ BAKIM (YAŞLILIK) SİGORTASI
MODEL VE UYGULAMALARI**

GURBET ÇİFTÇİ

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR. İLHAN KEREM ŞENEL

İSTANBUL-2019

.....Öğrenci numaralıtarafından hazırlanan bu
çalışma .../.../ 2011 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Anabilim Dalı programında yüksek lisans tezi olarak kabul
edilmiştir.

Tez Jürisi

Danışman Adı (Danışman)
İstanbul Üniversitesi
Fakültesi

ÜYE
Üniversite
Fakülte

ÜYE
Üniversite
Fakülte

ÜYE
Üniversite
Fakülte

ÜYE
Üniversite
Fakülte

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını,, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Adı Soyadı
GURBET ÇİFTÇİ

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında desteğini esirgemeyen ve her koşulda zaman ayıran saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. Kerem Şenel'e her daim desteğini arkamda hissettiğim Canım Aileme yoğun çalışmalarım sırasında benden maddi manevi desteğini esirgemeyen sabır gösteren arkadaşım Halit Metin'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖĞRENCİNİN ADI VE SOYADI

Gurbet Çiftçi

ÖZET

Dünya ülkelerinin; günümüzde hızla yaşlanan bir nüfus ile karşı karşıya olması, doğumdan beklenen yaşam süresinin giderek artışı, kadınların istihdama olan katılımının artması, aile yapılarının değişikliğe uğraması, doğurganlığın giderek azalması gibi gelişmeler uzun dönem bakım (UDB) hizmetlerine ihtiyaç ortamı yaratmaktadır. UDB hizmetleri (yaşlı bakımı) sistemli olmayan dağınık hizmetler şeklinde, geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar tarafından ya da gayri resmi bir dizi hizmetler ile yerine getirilmektedir. Türkiye’de UDB hizmetlerinin sunumu toplum için çok ciddi sorun oluşturmaya başlamıştır.

Belirli bir yaştan sonra bakıma ihtiyaç duyan bireylere yönelik çeşitli hizmetlerini kapsayan uzun dönem bakım sigortası günümüzde ihtiyaçtan ziyade zorunluluk haline gelmiştir. Uzun dönem bakım sigortası henüz ülkemizde sistemli bir şekilde uygulanmış değildir. Bu tezde dünyada UDB hizmetlerini kullanan ülkeler incelenmiş olup, henüz uygulamaya geçmemiş olan ülkemiz için bir model önerisi sunulmaktadır. Türkiye’de yaşlılara sunulan bir çok hizmet mevcuttur. Barınma, tıbbi hizmet, yiyecek ve giyecek yardımları gibi. Ancak bir bütün halinde ve sistemli şekilde sunulan bir hizmet dizisi henüz mevcut değildir. Amaç bu dağınık olan tüm yaşlı bakım hizmetlerini tek bir sigortada birleştirmek ve bu sigorta için bir prim ödeme modeli oluşturmaktır.

Bu model önerisinde bir prim fiyatlama simülasyonu oluşturulmuştur. Bu simülasyon için yaş, insidans değerleri, reel faiz oranı, sistemden çekilme oranları ve daha birçok parametre kullanılmıştır. Matematiksel modelleme için gerekli olan kriterlerin sağlanabilmesi için her bir yaş değeri için 100000 bin simülasyon gerçekleştirilip yıllık ödemelerin şimdiki tutarına erişilmiştir. Duyarlılık analizleri sonucu yıllık ödemelerin şimdiki değerinin özellikle yaş ve insidans oranlarına duyarlılık gösterdiği; yaşın artması ile beraber yıllık ödemelerin şimdiki değerinin de orantılı bir şekilde arttığı gözlenmiştir. Aynı şekilde insidans oranlarının prim tutarının üzerindeki etkisini görebilmek için yapılan analizde insidans oranlarının üç katı alındığında yıllık ödemelerin şimdiki değerinin de oransal olarak arttığı gözlenmiştir.

ABSTRACT

World countries; Today, the development of an aging population, the increase in life expectancy from birth, the increase in women's participation in employment, the change in family structures, and the gradually decreasing fertility, create long-term care (UDB) services. UDB services (aged care) are carried out in the form of non-systematic distributed services, traditionally by family members or by an informal set of services. Turkey has started to create serious problems for the presentation of the UDB community service.

Long-term care insurance covering various services for individuals who need care after a certain age has become a necessity rather than need today. Long-term care insurance has not yet been implemented systematically in our country. In this thesis, the countries using the UDB services are examined and a model proposal is presented for our country which has not been implemented yet. There are many services offered to the elderly in Turkey. Housing, medical service, food and clothing aids. However, a complete and systematic service sequence is not yet available. The aim is to combine all these aged care services in a single insurance and to create a premium payment model for this insurance.

In this model proposal, a premium pricing simulation was created. Age, incidence values, real interest rate, withdrawal rates and many other parameters are used for this simulation. In order to meet the criteria required for mathematical modeling, 100000 thousand simulations were made for each age value and the current amount of annual payments was reached. Sensitivity analysis shows that the current value of annual payments is sensitive to age and incidence rates; With the increase in age, the current value of annual payments increased proportionally. Likewise, in order to see the effect of incidence rates above the premium amount, when the incidence rate is taken as three times, the present value of the annual payments has increased proportionally.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT	IX
İÇİNDEKİLER	X
KISALTMALAR	XII
TABLolar LİSTESİ.....	XIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XV
GRAFİKLER LİSTESİ.....	XVI
BÖLÜM I: GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM II KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
1. SAĞLIK HİZMETİ	4
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	4
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
1.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
1.1.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.1.4. Sağlıkın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler	9
1.2 SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	10
1.2.1 Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri	11
1.2.2 Sağlık Sistemi Finansman Yöntemleri.....	12
2. YAŞLANMA VE YAŞLILIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	18
2.1 YAŞLANMA.....	18
2.2 YAŞLILIK.....	20
2.3 YAŞLILIK İLGİLİ RİSK FONKSİYONLARI.....	21
2.3.1 Aile ilişkileri	21
2.3.2 Toplum	21
2.4 YAŞLILIK İLE İLGİLİ GENEL HİZMETLER	22
2.4.1 Genel Tıbbi Bakım Hizmeti Veren Kurumlar.....	22
2.4.2 Evde Bakım Hizmetleri.....	23
2.4.3 Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler	24
2.4.4 Yaşlı Bireyler İçin Barınma Merkezleri.....	24
2.5 TÜRKİYEDE YAŞLILARA SUNULAN HİZMETLER	27
2.5.1 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Hizmetleri	27
2.5.2 Türkiye’de Sosyal Yardımlar	27
2.5.3 Türkiye’de Sosyal Hizmetler	28

2.5.4 Türkiye’de Yaşlı Hizmet Merkezleri	28
3. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI	28
3. 1 UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI (YAŞLILIK SİGORTASI).....	28
3.2 UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI FİNANSMAN MODELLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	30
3.2.1 Universal (Genel Kapsamlı) Modeller	31
3.3.2 GELİR İHTİYAÇ TESTİ	33
3.3.3- Karışık Mix Modeller	34
3.4 TÜRKİYE İÇİN UYGUN UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI FİNANSMAN MODELİ.....	37
3.5 UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASININ KULLANILDIĞI ÜLKELERE GÖRE YAPISI	38
3.5.1 Japonya Uzun Dönem Bakım Sigortası	38
3.5.2 Hong Kong Uzun Dönem Bakım Sigortası.....	40
3.5.3 İsrail Uzun Dönem Bakım Sigortası	42
3.5.4.Hollanda Uzun Dönem Bakım Sigortası.....	45
3.5.5. Almanya Uzun Dönem Bakım Sigortası.....	48
3.5.6. Kore Uzun Dönem Bakım Sigortası	51
3.5.7 Amerika Birleşik Devletleri Uzun Dönem Bakım Sigortası.....	53
4.BÖLÜM UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI MODELİNE KAVRAMSAL YAKLAŞIM.....	57
4.1 MODEL.....	57
4.2 POLİÇELER.....	58
4.2.1 Uzun Dönem Bakım Sigortası Sözleşme Eki	58
4.2.2 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesi	58
4.3 POLİÇE MALİYETLERİ	59
4.3.1 Uzun Dönem Bakım Sigortası Sözleşme Ekinin Sigortacıya Maliyeti.....	59
4.3.2 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesinin Sigortacıya Maliyeti	59
4.4 SEKTÖREL DETERMİNİSTİK MODELLER	59
4.4.1 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesinin Sektörel Deterministik Model İle Fiyatlandırılması.....	62
4.4.2 Teorik Olarak Doğru Olan Deterministik Model.....	62
5.TEMEL STOKASTİK MODEL.....	63
5.1 TANIM.....	63
5.2 TAZMİNATA ERİŞİLEBİLİRLİK KRİTERİ	64
5.3 TANIMLAMA	66
5.4 ALGORİTMALAR.....	67
5.6 SAYISAL ÖRNEK.....	67
6.BULGULAR	69
6.1 YAŞ FAKTÖRÜNÜN ÖDEMELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	69
6.2 İNSİDANS ORANLARININ ÖDEMELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	72
6.3 ÇEKİLME ORANLARININ ÖDEMELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ	74
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
KAYNAKLAR	79
EKLER.....	84
ÖZGEÇMİŞ.....	88

KISALTMALAR

CI	Cognitive İmpairment
ADLs	Activities of Daily Living
Bİ	Benefit İndividuals
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
HHS	Health and Human Services
UDB	Uzun Dönem Bakım Sigortası
LTC	Long Term Care
LTCI	Long Term Care Insurance
M.Ö	Milattan Önce
NIH	National Institutes of Health
WHO	World Healt OrganiZation
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GTF	Günlük Temel Faaliyetler
GSYH	Gayrı Safı Yurt İçi Hasıla
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
USA	United State America
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ADL	Activities of Daily Living
AEDL	Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens
CCS	Carbon Capture And Storage
LTCIP	LTCIP - Long Term Care Insurance Program
NII	National Institute of Informatics
RCS	Residential Care Services
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SDYO	Yıllık Ödemelerin Şimdiki Değeri

TABLULAR LİSTESİ

Tablo-1. 1 Sağlık Sistemleri Modelleri	13
Tablo-3.2 Bağımlılık Testinin Bileşenleri	45
Tablo-3.3: LTCIP yararlanıcılarının ADL puanları	46
Tablo-6. 4 Tazminata erişilebilirlik kriterleri	66
Tablo-6.5: Yaşa bağlı sdyo değerleri	70
Tablo-6.6: insidans oranlarının ödemeler üzerindeki etkisi	72
Tablo-6.7 : Çekilme oranlarının ödemeler üzerindeki etkisi	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
Şekil 1. 2 Sağlık Hizmeti Finansmanı	10
Şekil 1. 3: Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri	11
Şekil 1. 4 Sağlık hizmetlerinin işlevleri	12
Şekil 1.5 Cepten Yapılan Ödemeler	15
Şekil 3.6 UDB finansman yöntemleri	31
Şekil 3.7 ABD sağlık finansmanı	57

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 3.1 Japonya nüfus piramidi	39
Grafik3.2 Hongkong nüfus piramidi	42
Grafik3. 3 İsrail nüfus piramidi	45
Grafik 3. 4 Hollanda Nüfus piramidi	47
Grafik-3. 5 Almanya nüfus piramidi	49
Grafik-3.6: Kore nüfus piramidi	52
Grafik-6.7: Yaş ve sdyo arasındaki ilişki	70
Grafik-6.8 100000 simülasyonun bir sdyo için dağılımı	72
Grafik- 6.9 Yaş parametresinin sdyo tutarı üzerindeki etkisi	73
Grafik- 6.10 insidans oranlarına göre sdyo değerleri	74

BÖLÜM I: GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık (uzun vadeli bakım) sigortası ABD, İngiltere ve Kanada'da satılan ve yaşlılık boyunca bakım masraflarının karşılanmasına katkıda bulunan bir sigorta türüdür. Beklenen yaşam sürelerinde meydana gelen artış dünya nüfusunun yaşlanmasına ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen, fiziksel veya zihinsel kronik hastalık mağduru birey sayısında da artışa sebep olmaktadır. Uzun dönem bakım sigortası, sigorta sağlayıcılarına ödenen primler karşılığında uzun dönem bakım için fon temini sağlayan bir sigorta türüdür.

Yaşlılık sigortası, genellikle sağlık sigortası ve sosyal güvenlik tarafından karşılanmayan giderleri kapsar

- Giyinme
- Yıkanma
- Yemek yeme
- Tuvalet ihtiyacını giderme
- Altını tutma
- Yataktan veya sandalyeden kalkabilme, yatağa yatabilme, sandalyeye oturabilme
- Yürüme

Uzun vadeli bakım hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı konusunda yaş tek belirleyici faktör değildir. Günümüzde uzun vadeli bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerin %40'ı 18 ila 64 yaş arasındadır. 65 yaşın üzerindeki bireylerin %70'inin yaşam süreleri boyunca uzun vadeli bakım hizmetlerine ihtiyaç duyacakları tahmin edilmektedir. Bireylerin sağlık durumlarında bir değişiklik meydana geldiğinde artık uzun vadeli bakım sigortasından yararlanmaları mümkün olmayabilir. Alzheimer ve Parkinson hastalıklarının erken yaşta görülmesi küçük bir olasılıkla da olsa mümkündür.

Bireyler daha uzun yaşamaya başladıkça uzun vadeli bakım hizmetleri ve dolayısıyla yaşlılık (uzun vadeli bakım) sigortasının önemi artmıştır. Bireyler yaşlandıkça, özellikle hafıza sorunlarının ortaya çıkması ile birlikte, günlük aktivitelerini yerine getirme konusunda başka bir kişinin bakımına ihtiyaç duymaya başlayabilirler. Bu kadınları erkeklere göre daha fazla etkilemektedir. Bunun en önemli nedeni, kadınların erkeklerden genelde daha uzun yaşamaları, dolayısı ile, başkalarına (örneğin eşlerine) bakmak zorunda kalmalarıdır.

Kadınların istihdamdaki payının artması bakım sigortasını daha gerekli kılmaktadır.

Özellikle Türkiye'nin kültürel yapısı gereği ailenin yaşlı üyesine kadın bakmak ile mesuldür. Ancak değişen ve gelişen yaşam koşulları ile bu durum yön değiştirmeye başlamıştır. Kadınların iş hayatına aktif atılması artık kadının da üretim sektöründe etkin olarak var olması, ekonomiye destek olması, kadınları bakım hizmetine muhtaç olan aile bireyine bakamayacak durumuna getirmiştir.

TÜİK den elde ettiğimiz bilgiler ışığında Türkiye'nin yaşlı nüfusunun giderek arttığını görmekteyiz. Artan bu yaşlı nüfusun beraberinde getirdiği sorunlara çözüm olarak, uzun dönem bakım sigortasının kullanılmasının gerektiği görülmektedir. Bugün dünyada Amerika, Japonya, İngiltere, Almanya, Hollanda, Avustralya gibi ülkelerde uygulanan uzun dönem bakım sigortası sistemi ülkemizde henüz uygulanmamaktadır. Değişen yaşam koşulları, doğuştan beklenen yaşam sürelerinde de bir artış meydana getirmiştir. Türkiye'de genel olarak ortalama beklenen yaşam süresi 78 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde erkek bir birey için beklenen ortalama yaşam süresi 75,3 iken, kadın bir birey için beklenen ortalama yaşam süresi 80,7'dir. Beklenen yaşam sürelerindeki artışın beraberinde getirmiş olduğu birtakım fiziksel veya zihinsel kronik hastalıklar vardır. Hastalık mağduru birey sayısındaki artış ve ihtiyaç duyduğu uzun dönem bakım hizmetleri ve süreci, bir sigorta dahilinde olmadığı için kişilere oldukça yüklü bir maliyet olarak dönmektedir. Böylesi bir sigorta dalı, ülkemizdeki eksikliğini her geçen gün daha çok hissettirmektedir. Bireyler daha uzun yaşamaya başladıkça uzun vadeli bakım hizmetleri ve dolayısıyla yaşlılık (uzun vadeli bakım) sigortasının önemi de artmıştır. Bireyler yaşlandıkça, özellikle hafıza sorunlarının ortaya çıkması ile birlikte, günlük aktivitelerini yerine getirme konusunda başka bir kişinin nezaretine ihtiyaç duymaya başlamaktadırlar.

Bu kadınları erkeklere göre daha fazla etkiler. Bunun en önemli nedeni, kadınların erkeklerden genelde daha uzun yaşamaları, dolayısı ile, başkalarına (örneğin eşlerine) bakmak zorunda kalmalarıdır.

Genel duruma bakacak olursak; değişen ve gelişen koşullar çerçevesinde Türkiye'nin yaşlanan nüfusunu da göz önünde bulundurarak yaşlılık sigortasının şu an için gerekli olduğu ancak ilerleyen dönemler için ise zorunlu hale geleceği ön görülmektedir.

BÖLÜM II KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1. SAĞLIK HİZMETİ

Sağlığın tanımlamasında birçok görüş mevcut olsa da en sık kullanılan Dünya Sağlık örgütünün yapmış olduğu; *“sağlığın sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bireyin kendisini bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyi olarak hissetmesidir”* şeklindeki tanımdır.

Sağlık için yapılan tanımlamalardan bir diğeri ise (Orhaner, 2014, s3)’te yapmış olduğu; *“Sağlık; vücut esenliği, afiyet, sıhhat, esenlik kelimeleri ile aynı anlamlara gelmektedir”* tanımlamasıdır.

Sağlık, ilk zamanlarda sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı olarak algılanmakta idi. Ancak; şartların gelişmesi ve daha iyi olanaklarda tedavi hizmetlerinin artması sağlıklı olma konusunda beklentileri de yükseltmiştir. Bu sebeplerden dolayı sağlığın tanımlamasında kullanılan parametreler zamanla artmıştır.

Sağlık hizmeti kavramı ise modern dönem öncesi diye adlandırılan zamanlar için hastalıkların sadece tanı konularak, tedavi edilen ve sadece iyileştirme hizmetlerinden ibaret olan bir kavramdan başka bir şey değildi. Fakat sağlığın birey için önemi dışında toplum için de öneminin algılanması, bulaşıcı hastalıkların önlenmeye ya da etkisinin azaltılmaya çalışılması aşı ile koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gibi etkenlerin varlığı ile sağlık hizmeti kapsamı oldukça genişletilmiştir. Teknolojik gelişmelerin hızla artması, uluslararası sözleşmeler ile bireyin sağlık ve sosyal haklarının güvence altına alınması, yaşam süresinin artması , sosyal refah devletlerin kurulması sağlık hizmeti kapsamını etkileyen diğer sebeplerdir. Tüm bunlar sağlığın korunması ve tedavi sürecini tanımlamaktadır. Günümüzde sağlık hizmeti kapsamına alınan bir diğer kavram ise; *“sağlığın geliştirilmesi”* kavramıdır. (Kavuncubaşı,2002, s8)

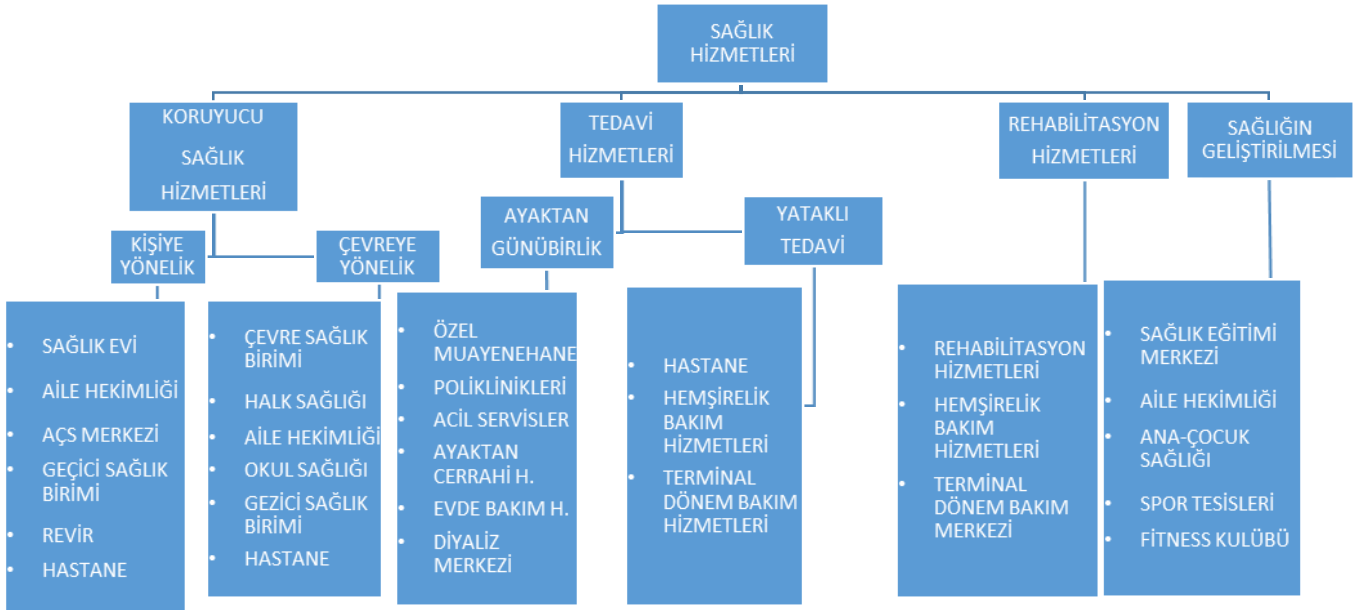
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Bir toplumun gelişmişlik düzeyi yine o toplumun sağlık hizmetlerinin gelişmişliği ile paralellik göstermektedir. Sağlığın sadece birey değil toplum

genelinde de geliştirilmesi ve bu sağlıklı halin devamlılığının sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem arz etmektedir. (Altay,2007, s34).

Sağlık hizmetini veren kurum ve kuruluşlar; hem iyi bir sağlık hizmeti sunabilmek hem de verilen bu hizmetlerin verimliliğini arttırmak, devamlılıklarını sağlamak, olumsuz rekabet koşullarını ortadan kaldırmak, dış çevre ve politik çevre ile olumlu sağlıklı ilişkiler kurmak adına hizmet veren diğer kurum ve kuruluşlar ile iş birliği yoluna girmişlerdir (Altay, 2007, s34).

Ancak sağlık sektörü sunmuş olduğu faaliyetler kapsamında; hem çok geniş bir yelpazeye sahip olan hem de çok sektörlü bir yapı sergilemektedir. Şekil 1.1’de sağlık hizmetlerinin; tedavi edici, rehabilite edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak gruplandırıldığı görülmektedir. (Kavuncubaşı, 2002, s8)



Şekil 1.1 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: (Akbolat, 2013, s32)

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Henüz hastalık evresinin meydana gelmediği, hastalık belirtilerinin ortaya çıkmadığı veya yeni yeni kendini belli etmesi durumlarında alınan her türlü tedbiri ve müdahaleyi kapsayan hizmetlerdir (Avcı ve Teyyare, 2012, s204)

Hastalıkların meydana gelmeden önlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin en temel işlevidir. Ancak bununla sınırlı değildir. Toplumun sağlık konusunda bilinçlendirilmesi, çevresel sağlık şartlarının iyileştirilmesi, bulaşıcı hastalıkların etkisinin azaltılması ya da tamamı ile yok edilmesi, toplumun beslenme ve suya erişim koşullarının iyileştirilmesi gibi konuları da kapsamaktadır. Ülkemizde tüm bu koruyucu sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı yürütmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri üç basamaktan meydana gelmektedir(Cantürk, 2012, s15).

1.1.1.1 Primer(Birincil) Korunma

Birincil korunma önlemleri, belirli bir sağlık sorununu önlemeye yardımcı olan etkinlikleri içermektedir. Örnekler arasında hastalığa karşı pasif ve aktif aşılama yapılması, obezitenin önlenmesi, diyabetin önlenmesi, uyuşturucu alkol kullanımı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gibi önlemler yer almaktadır. Sağlığın yanı sıra; otomobil yolcu koltukları ve bisiklet kasklarının kullanımını teşvik eden eğitim ve danışmanlık gibi kamusal bilinç kazandıran hizmetleri de içermektedir. Başarılı bir birincil korunma, hastalıkla ilgili acı, maliyet ve yükten kaçınmaya yardımcı olduğundan, tipik olarak sağlık hizmetlerinin en uygun maliyetli biçimi olarak kabul edilmektedir (Fitzgerald, 2012, ss2)

1.1.1.2 Sekonder(İkincil) Korunma

İkincil korunma önlemleri, risk faktörlerinin artık ortaya çıktığı veya prelinik hastalığı olan ancak durumun klinik olarak belirgin olmadığı asemptomatik(herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen) kişileri tanımlayan ve bunların tedavilerinin gerçekleştirilmesidir. Bu basamakta alınan önlemler, yaygın olarak ortaya çıkan ve tedavi edilmeden olumsuz sonuçlar için önemli riskler taşıyan

asemptomatik hastalığın erken vaka bulgularına odaklanmaktadır. Tarama testleri, hiperlipidemi, hipertansiyon, meme ve prostat kanseri gibi önemli bir gecikme süresi olan hastalığın klinik prezentasyonu olmayanlarda yapıldığı için ikincil koruma yöntemlerine örnek olarak verilebilir. Erken vaka bulgusu, hastalığın doğal öyküsü veya bir hastalığın seyrinin tedavi edilmeden zamanla nasıl ortaya çıktığı, genellikle iyi olma durumunu en üst düzeye çıkarmak ve acıyı en aza indirmeyi sağlayabilmektedir. (Fitzgerald, 2012, ss2)

1.1.1.3 Tersiyer(Üçüncül) Korunma

Üçüncül önleme faaliyetleri, en yüksek işleve geri dönüşün sağlanması, hastalıkların olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, hastalıkla ilişkili komplikasyonları önleme girişimleri ve yerleşik hastalığın bakımını üstlenmeye yönelik faaliyetleri içermektedir. Hastalık evresi başlamış olduğundan birincil önleme faaliyetleri başarısız olabilir. Sekonder korunma yoluyla erken teşhis sayesinde hastalığın etkisi en aza indirgenmiş olabilir. (Fitzgerald, 2012, ss11)

1.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığın yerleşmesinin ardından bireyin eski sağlık durumuna kavuşturulması için yapılan tetkiklerin muayenelerin ve tedavilerin tümü tedavi edici sağlık hizmeti olarak nitelendirilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010, s9).

Hasta bireylerin iyileştirme süreci ayaktan ya da yatarak yapılan müdahaleleri kapsamaktadır. Bu müdahaleler doktor sorumluluğundadır. Ancak yardımcı sağlık personelinin de sorumlu olduğu bazı durumlar söz konusu olabilmektedir. (Kavuncubaşı ve Kısa , 2009 , ss32).

Sağlığın korunmasına yönelik olan önlemlerin alınması ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyet bakımından kıyaslanması durumunda; tedavi edici hizmetlerin gerçekleştirilmesi esnasında kullanılan personel ekipman ve diğer hizmetler dolayısı ile çok daha maliyetli olduğu söylenebilir. Hem bu finansal yükü azaltma hem de bireyin ve toplumun sağlığının daha iyiye ulaştırılması için koruyucu bakım hizmetlerine verilen önem artırılmalıdır (Altay, 2007, ss34).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu direkt olarak değil aşamalı bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Sevk zinciri sitemine bağlı olan bu hizmet sunumu 4 aşamadan oluşmaktadır.

1.1.2.1 Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hasta bir bireyin ayaktan olarak başvurduğu ilk sağlık kuruluşudur. Bu kuruluşlar arasında; aile hekimliği, aile planlaması merkezleri ana-çocuk sağlığı, dispanserler, hemşirelik özel muayenehaneleri, bakım merkezleri yer almaktadır. Sevk zincirinin ilk halkasını oluşturan bu kuruluşlarda genellikle yatak bulunmamaktadır. Hastaların tedavileri evden ya da direkt ayaktan yapılmaktadır. (Özdemir vd, 2003, s208)

1.1.2.2 İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Yataklı tedavi hizmeti uygulanan, daha çok birinci basamaktan teşhis ya da tevasinin yapılamadığı hastaların sevk edildiği basamaktır. Bu basamakta; tedavi hizmetini alanında uzmanlaşmış personeller gerçekteştirmektedir. Teknik donanım ve yataklı tedavi hizmeti bulunmaktadır. Devlet hastaneleri bu basamakta yer almaktadır. (Aydın, 2004: ss46).

1.1.2.3 Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamakta yer alan sağlık kuruluşları tarafından hastaların tedavisinin gerçekteştirilemediği durumlarda bir sonraki basamağa sevk edildiği ve zincirin son halkası olan basamaktır. En üst düzeyde tıbbi hizmet sunulmaktadır. Bazen bir bölgeye bazen de tüm ülkeye hizmet veren, yüksek eğitim sahibi doktorların yer aldığı, onkoloji hastaneleri, ruh-sinir ve akıl hastalıkları merkezleri üniversitelerin dal hastaneleri, gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış hastanelerden oluşmaktadır. Aynı zamanda bu hastaneler tıp eğitimi veren okulları da bünyesinde bulundurmaktadır. (Çalış, 2006: s172).

1.1.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon, kişilerdeki engelliliğin yaratmış olduğu etkilerin azaltılmasını ya da ortadan tamamıyla kaldırılmasını amaçlayan, kişilerin sosyal hayata entegrasyonunu sağlamaya yönelik olan bütün önlemler olarak tanımlanmaktadır (Pan ve Korur, 2010, s3)

Rehabilite edici sağlık hizmetlerin hem tıbbi yönü hem de sosyal ve psikolik destek sağlayan yönü mevcuttur. (Akdur, 2006, s20)

1.1.3.1 Tıbbi Rehabilitasyon

Sakatlıkların ve diğer bedensel olan kalıcı bozuklukların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Vücudun duruş şeklinden kaynaklı bozuklukların düzeltilmesi, kollar ve bacaklara ait protezlerin kullanılmasından kaynaklı rahatsızlıkların giderilmesi, işitsel, görsel gibi rahatsızlıkların giderilmesi ya da en aza indirgenmesi amacıyla yapılan rehabilitasyon hizmetleridir (Hayran ve Sur, 1998: ss19).

1.1.3.2 Sosyal (Toplumsal) Rehabilitasyon

Sakatlık veya bir engeli olan kişilerin, günlük yaşantılarında daha aktif olmalarının sağlanması, başkalarına bağımlı olmaksızın bir yaşam sürdürebilmeleri, yeni iş bulma, işe uyum sağlama, ve öğretim gibi hizmetleri içeren sosyal yönden topluma kazandırma amacıyla rehabilite eden hizmetlerdir. (Hayran ve Sur 1998, ss19).

1.1.4. Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Hizmetler

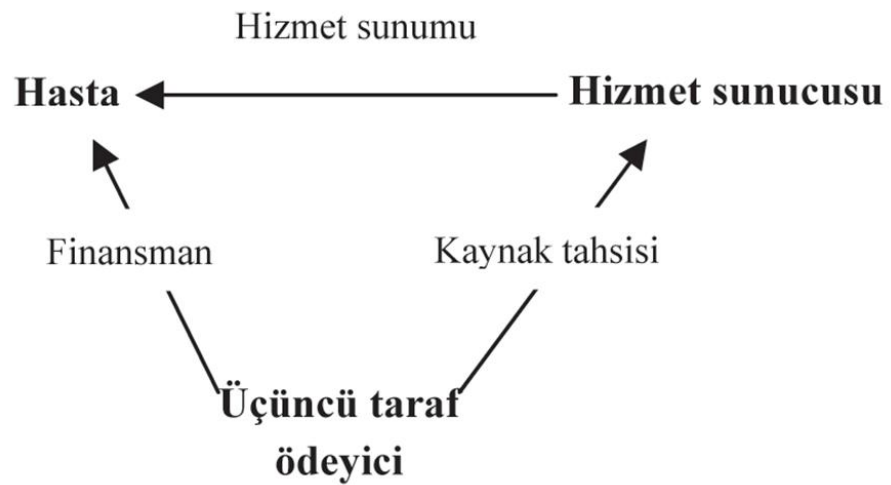
Sağlıklı olan bireylerin sağlık durumlarını daha iyi bir hale getirerek optimal sağlık durumuna erişmesi amacıyla yerine getirilen hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi konusundaki temel sorumluluk kişilerdedir. Kişilerin var olan bazı zararlı alışkanlıklarının ve yaşam tarzlarının birçok hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi konusundaki hizmetlerinin temel amacı, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlık düzeyini korumak geliştirmek, yaşam kalitesini arttırmak ve yaşam sürelerinin yükseltilmeye çalışılması amaçlanmaktadır (Yalman , 2013, s15).

1.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlığın finansmanı, (Schieber ve Gottret: 2006) tarafından; sağlık hizmetlerinden doğan maliyetleri karşılamak amacıyla gerekli olan kaynakların tahsis edilmesi olarak tanımlanmaktadır (s6).

Sağlık hizmeti kullanıcılarının hastalıklarla karşılaşma durumunun beklenmedik olması ve bu beklenmedik durumdan kaynaklanan finansal riski paylaşmak sağlık finansmanının birincil amacıdır. Bu finansal riskten dolayı; sağlık hizmeti kullanıcısının yapacağı ödemelerden dolayı yoksullaşmaması, sağlık hizmetinden yararlanamaması gibi sorunların ortadan kaldırılması gerekmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen: 2008, s135).

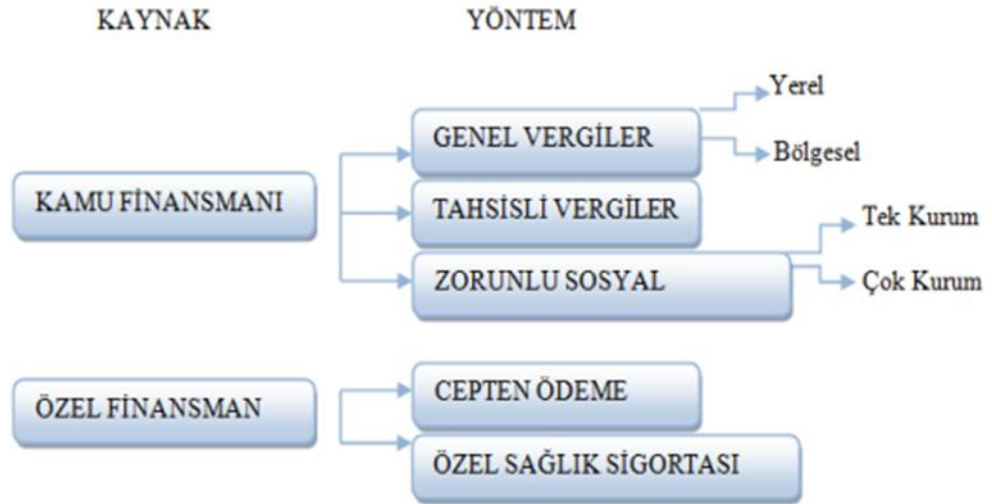
Sağlık hizmetleri ile sağlık hizmetleri finansmanının arasında şekil 1. 2’de de görüldüğü üzere kaynak transferi olarak nitelendirilen bir ilişki söz konusudur. Bu ilişkiden doğan kaynak transferi; sağlamış oldukları sağlık hizmetlerin (mal veya hizmet) sağlık hizmeti alıcılarına transfer etmesi, hizmet alıcılarının ya da üçüncü taraf ödeyicilerinin ise finansal kaynakları hizmet sunucularına transferi şeklinde gerçekleşmektedir. Bu kaynak transferi işlemi; birinci taraf (the first party), ikinci taraf (the second party) ve üçüncü taraf (the third party) isimleri ile açıklanmaktadır. Birinci taraf (the first party), sağlık hizmetlerinden birebir faydalanan kişileri ifade etmektedir. İkinci taraf (the second party), sağlık hizmeti sunucularını kapsamaktadır. Üçüncü taraf (the third party) ise sağlık hizmeti finansmanını ifade etmekte ve ikinci taraf ödeyicilerine doğrudan ya da dolaylı ödeme yapılabilmektedir (Mossialos ve Dixon 2002, ss23).



Şekil 1. 2 Sağlık Hizmeti Finansmanı

Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002,23) Aktaran (Tatar, 2012: s106)

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Bu sebeple sağlık politikaları belirleyicilerinin gündemlerindeki başlıca konularını arasında yer almaktadır. Sağlık harcamaları; teknolojinin hızla gelişmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, hastalık maliyetlerinin artması gibi sebeplerden dolayı sürekli bir artış göstermektedir. Ülkeler çeşitli düzenlemeler ile bu harcamaları kontrol altında tutmaya çalışmaktadırlar. Şekil 1. 3'te yer alan sağlık hizmeti finansman yöntemlerinden hangisi benimsenirse benimsensin; sağlık hizmeti sunumunun kaliteli olması, erişim düzeyinin kolay ve sade olması, hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunulması amaçları güdülmektedir (Tatar, 2012: s104).



Şekil 1. 3: Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Kaynak: (Appleby, 1992) Aktaran (Tatar,2012:s111)

1.2.1 Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı süreci de diğer işletmelerde olduğu gibi finansal yönetimin esas alındığı birtakım amaçları içermektedir. Bir işletmenin veya kuruluşun üretim alanı ne olursa olsun ilk gayesi firmanın karlılığını arttırmak ve firma değerini maksimize etmektir. Sağlık işletmelerinde ise bu karlılık ve firma

değeri maksimizasyonu gibi değerler verimlilik ve etkinlik unsurları belirlemektedir (Murray ve Frenk, 2000, s721). Sağlık hizmetlerinin diğer işlevleri şekil 1. 4'te verilmiştir.



Şekil 1. 4 Sağlık hizmetlerinin işlevleri

Kaynak: (Murray ve Frenk, 2000, s721)

Bir ülkenin Sağlık sisteminin gelişmişliği Şekil 1.4'te de yer alan bilgiler doğrultusunda; yönetim, düzenleme ve finansman ve hizmetlerin sunumu, kaynaklar ve örgütlenme yapılarına göre analiz edilmektedir. Sağlık sistemi finansmanı, kaynaklardan gelir elde edilmesi, elde edilen bu gelirlerin fon havuzlarında toplanılması, toplanan bu gelirler ile sağlık hizmetlerinin satın alınımının gerçekleştirilmesi ve kaynakların tahsisi gibi süreçleri içermektedir (Kocasoy, 2014, s71).

1.2.2 Sağlık Sistemi Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinde üç temel finansman modeli bulunmaktadır. En genel tanımıyla Bismarck Modeli, Beveridge Modeli , özel sağlık sigortası Modeli olarak gruplara ayrılan bu modeller; hizmet sunucularının kendi arasında örgütlenmeleri, karar verme mekanizmalarının ve finansman kaynakları gibi çeşitli konularda ve önemli ölçülerde farklılaşma yoluna gitmektedirler. Tablo-1.1 de

sözü geçen finansman modelleri taşıdıkları özellik ve nitelikleri ile birlikte sunulmaktadır. Şekil 1.3'te belirtilen finansman modelleri kaynağını tablo-1.1'de yer alan temel finansman modellerinden almaktadır. (Tatar, 2012, s11)

Tablo 1.1 Sağlık Sistemleri Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Wild ve Gibis (2003) aktaran (Tatar, 2012, s110)

1.2.2.1 Vergilere Dayalı Finansman

Çeşitli hizmetlerden elde edilen vergiler yoluyla finanse edilen sistemlerdir. Devlet, vergilerden elde edilen tüm gelirleri bir havuzda toplar ve sağlık hizmeti finansmanında uygun kaynaklara tahsis eder. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ve sosyal ülke konumunda olup olmadığını belirlemede bu finansman kaynağı önemli bir rol oynamaktadır. Hizmetlerden yararlanma; belirlenen azami katkı payları haricinde hizmet kullanıcıları ücretsiz olarak yararlanmaktadır. Ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu herhangi bir kritere bağlı değildir. Bu finansman yönteminde vergi gelirleri havuz içerisinde birincil ve ikincil kaynakların fon kaynağı olarak toplanması usulü ile gerçekleşir (Evans, 2002, ss46).

Toplanan fon kaynakları tutarı kadar sağlık sektörü içerisindeki kaynak dağılımı da önem arz etmektedir. Sağlık sektörü içerisindeki dağılımına ilişkin kararlarda insan kaynağı, materyal, malzeme, kırsal alan, kentsel alan, ekonomik gelişmişlik düzeyleri gibi faktörlerin göz önünde bulundurularak dağılımın gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Vergilerle finanse edilen kaynakların çoğunlukla tıbbi malzeme ihtiyacının giderilmesi ve tedavi edici hizmetler grubuna tahsis edildiği görülmektedir. Kaynakların daha çok tedavi edici hizmetlere ayrılması toplumun sağlık statüsünün korunmaya çalışılıp iyileştirmeye yönelik hizmetlerin ise göz ardı edildiği anlamına gelmektedir. (Sayedoff , 2004, s7).

Vergi gelirleri ile sağlanan finansman kaynakları dolaylı ve dolaysız yoldan finanse edilen vergiler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Doğrudan finanse edilen vergiler, kişilerin, firmaların ya da hane halklarının direkt olarak gelirlerinin ya da kârlarının üzerinden alınan vergilerdir. Dolaylı yoldan tahsil edilen vergiler ise gelire doğrudan bir ilişkinin olmadığı, yalnızca tüketilen mal ve/veya hizmetlerin üzerinden alındığı vergilerdir. Kullanılan mal ve hizmet fiyatlarının belirli bir yüzdesi hesabıyla toplanan bu vergiler; kişilerin dolaylı yoldan alınan vergilerden hangi ölçüde etkileneceklerini tüketim alışkanlıkları belirlemektedir. (Mossialos ve Dixon, 2002, s25).

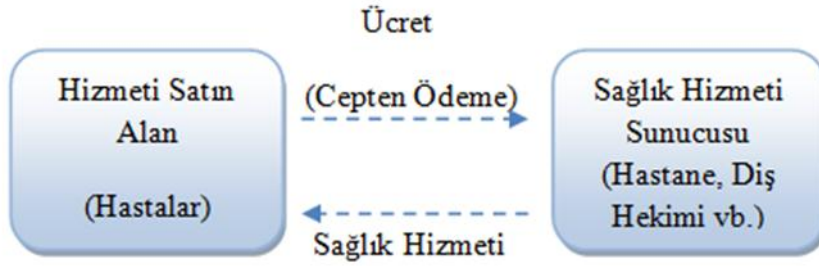
Toplanan bu vergilerin içerisinde dolaylı vergilerin payının daha yüksek olması durumunda; sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı açısından ortaya çıkan en önemli problem, finansal yükün kimin üstlendiği problemidir. Dolaylı yoldan alınan vergilerin her ne kadar kişilerin gelir düzeyi ile doğrudan ilişkili olmasa da gelirlerin toplandığı vergi havuzunda gelir düzeyinin yüksek olduğu gruba oranla, daha düşük grupta olanların, daha çok katkıda bulunması anlamına gelmektedir. Vergilerin bu şekilde toplandığı durumda; sağlık hizmetlerinin de vergiler yoluyla finanse edilmesi demek düşük gelir grubundakilerin yüksek gelir grubundakilerin sağlık hizmetini finanse edeceği anlamı taşımaktadır. (Tatar, 2012, s113)

1.2.2.2 Cepten Yapılan Ödemeler

(WHO 2004) tarafından cepten harcamalar “sağlık harcamalarının finansal yükünün direkt hastalar veya hane halkları tarafından yapılan ödemelerdir” şeklinde tanımlanmıştır. Bir başka tanıma göre de “cepten yapılan ödemeler; sağlık hizmeti

kullanıcılarının sağlık hizmetleri kullanım ücretini direkt kendi ceplerinden yapmış oldukları ödemelerdir” şeklinde yapılan tanımlardır. (Mossialos ve Dixon ,2002, 27)

Cepten ödemeler; gayri resmi ödemeler grubunda olup, kullanıcı katkılı ve doğrudan ödemelerdir. Şekil 1.5'ten de görüleceği üzere cepten yapılan ödemeler yönteminde sağlık hizmeti alıcısı ve sağlık hizmeti sunucusu arasında herhangi bir aracı söz konusu değildir. Bütün sağlık sistemlerinde yer olan, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın nerede, ne zaman, nasıl ortaya çıkacağını ve hizmet bedelinin ne kadara mal olacağını bilinememesi gibi nedenlerle bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olarak tek başına yeterli görülmemektedir. Bu alandaki ödemeler, kişilerin bir hizmeti ya da malı ve satın alması durumunda devletin ya da bir geri ödeme kurumunun ödemeleri gerçekleştirmediği ve hizmet kullanıcılarının doğrudan ceplerinden yaptıkları ödemelerdir. (Tatar, 2012, s113)



Şekil 1.5 Cepten Yapılan Ödemeler

Kaynak: (Getzen T.E., 1997, s53)

1.2.2.3 Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortasının yaygın olarak kullanıldığı ülkeler yüksek geliri olan ülkeler grubudur (Schieber ve Gottret 2006, s103). Bu finansman yönteminde, başka bir sigorta güvenlik kurumuna kayıtlı olan veya kayıtlı olmayan tüm bireylerin yaşayacağı her türlü hastalık veya kaza sonucu ortaya çıkacak yaralanmalardan dolayı ihtiyaç duyacağı tedavi muayene ve ilaç gibi diğer ihtiyaç duyacağı tüm masrafları karşılayan bir sigorta çeşididir (Orhaner, 2006, s9).

Özel sigortadan yararlanmak isteyen bireylerin sağlık durumundan doğan maliyetlerin sigorta kapsamına alınabilmesinin tek şartı; sağlık durumundan doğan

risklerin sigorta başlangıç tarihinden önce nüksetmemiş olması gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık durumundan doğan maliyetler sigorta kapsamına alınmamaktadır. Özel sigortanın temel görevi; hizmet kullanıcısının sağlık durumunun bozulmadan önceki haline kavuşturulmasının sağlanmasıdır. Bu sigorta türleri iki konu hakkında teminat vermektedirler. Sağlık durumundan kaynaklı tıbbi harcamaların ödenmesi ve iş görmezlik gelirlerinin sağlanmasıdır (Çelik, 2011,ss188).

Hem kamu kaynaklarının sınırlı olması hem de düşük gelir grubunda yer alan dezavantajlı kişilerin özel sigortaya erişemeyecek durumda olması; özel sigortanın yüksek gelir düzeyine sahip olan kişilerin , özel sigorta seçimlerine fırsat vermesi özel sigortanın uygulamadaki en büyük katkısı olarak görülmektedir. Özel sigorta; cepten yapılan ödemelerden doğan finansal riski büyük oranda önlemektedir. (İstanbuluoğlu vd, 2010, s90)

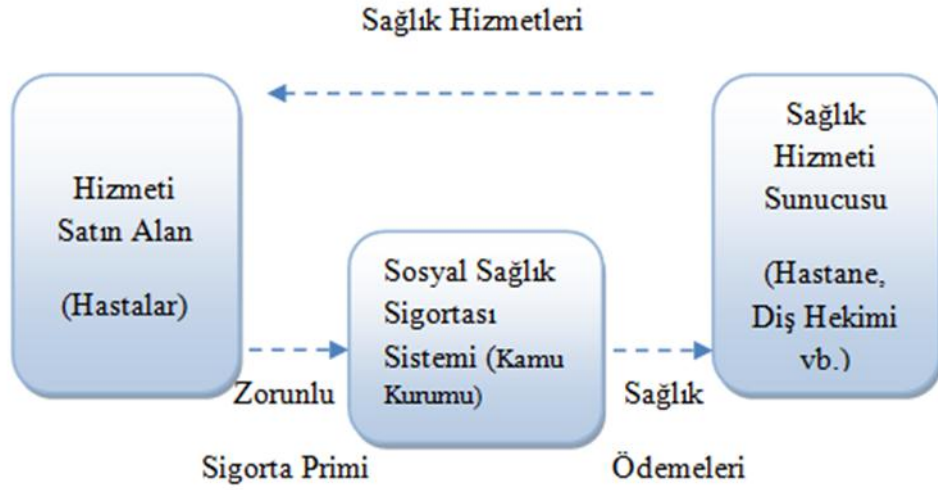
Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacağını bilen kişilerin; özel sigortayı tercih etme ihtimalleri daha yüksek olduğundan, sigortalar genellikle bireysel riske göre oranlanmaktadır. Kullanılan hizmetin riski daha yüksek primlere sahip olan bireylerin riskleri de daha yüksek seviyelerden belirlenmektedir. Bundan dolayı özel sağlık sigortalarının daha az sağlık hizmeti ihtiyacı olan ve riski düşük olan genç, sağlıklı bireylerin lehine çalıştığı görülmektedir (Maynard ve Dixon ,2002, ss27).

Özel sağlık sigortalarının olumsuz yanlarından bir diğeri ise; primlerin toplumsal riske göre belirlenmesi durumudur. Sağlığı yerinde olan bireylerin, prim oranlarının toplumsal riske göre belirlenmesini yüksek bularak, bireysel riske göre belirlenen bir sigortayı tercih etmeyebilirler. Bu durumda geriye kalan daha az sağlıklı bireylerin sigorta primlerini ödemesi güç bir duruma dönüşebilir (Maynar ve Dixon, 2002, ss27).

1.2.2.4 Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası yoluyla gerçekleştiren finansman yönteminde; primler sosyal sigorta tarafından bir havuzda toplanmaktadır. Şekil 1. 6'da da görüldüğü üzere toplanan bu primler daha sonra sağlık ihtiyacı olan bireylerin sağlık hizmeti almaları için kullanılmaktadır. Sistem içerisinde bir sağlık problemi ile karşılaşılması durumunda ortaya çıkan maliyetler sadece sağlık sorunu olan bireyler tarafından

değil sisteme dâhil olup prim ödeyen herkes tarafından karşılanır. Sistem içerisinde kaynak aktarımı mevcuttur. Sağlık hizmetini az kullananlardan çok kullananlara olacak şekilde bir kaynak aktarımı söz konusudur. Bu durumda kamu müdahalesi bireysel faydayı değil toplumsal faydayı sağlamaya yöneliktir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının karşılanması amacıyla toplanan bu gelirler özel amaç kapsamında toplanan kamu geliri niteliğindedir. Aktif olarak çalışan kişiler sosyal sağlık sigortasına dâhil olmak istiyorlar ise düzenli olarak prim ödemeleri gerekmektedir. Primlerini ödeyemeyecek durumda olanların primlerini devlet karşılamaktadır. Fon havuzunda toplanması amacı ile elde edilen bu primler ihtiyaç dâhilinde kullanılır. (Kocasoy,2014, s65)



Şekil 1. 6 Sosyal Sağlık Sigortası

Kaynak: (Getzen, 1997, s46)

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynağının sosyal sigorta ile karşılandığı yöntemin en önemli avantajlarından biri bu yöntem ile sürekli ve öngörülebilir bir finansman sağlanıyor olmasıdır. Sosyal sağlık sigortasının en önemli dezavantajı ise tarım sektörü ve resmi olmayan sektörlerde (kayıt dışı) çalışanları kapsamada karşılaşılan güçlükler ve maliyet kontrolü ile alakalı olarak yaşanan güçlüklerdir. (Tatar, 2012, s118)

2. YAŞLANMA VE YAŞLILIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

2.1 Yaşlanma

Yaşlanma ve yaşlılık kavramları geriatri ve gerontoloji alanlarında sıklıkla kullanılan ve birbiri ile karıştırılan kavramlardır (Duyar, 2008, s9). Yaşlanma, insanoğlunun ölümünü giderek daha olası hale getiren değişikliklerin toplanması olarak tanımlanmıştır Gerçekten de, insanlarda ve diğer birçok türdeki yaşlanmanın bir ayırt edici özelliği, olgunluktan kısa bir süre sonra ölüm oranlarında yaşa bağlı bir artış olmasıdır. (Medawar, 1952, ss).

Yaşlanma aynı zamanda ilerleyen zamana bağlı bir fonksiyonel düşüşü veya doğurganlıkta azalma da dahil olmak üzere yaşla birlikte fizyolojik işlevlerin kademeli olarak bozulması şeklinde de tanımlanmaktadır. (Lopez-Otin vd., 2013, ss 1194). Bir başka tanıma göre yaşlanma yaşama, kaçınılmaz ve geri dönüşü olmayan yaşla ilgili yaşayabilirlik kaybı süreci ve savunmasızlıkta artış olarak tanımlanmaktadır. İnsan yaşlanması, bireyleri yalnızca ölüme daha duyarlı hale getiren, aynı zamanda normal işlevlerini sınırlandıran ve bireyleri bir dizi hastalığa daha duyarlı hale getiren çok çeşitli fizyolojik değişikliklerle ilişkilidir (Comfort, 1964, ss55).

Kronolojik Yaş: Kronolojik yaş, bir kişinin yaşadığı yıl sayısı olarak tanımlanmaktadır. Kronolojik yaş göstergelerinde yaş tek başına bir anlam ifade etmez. Bir sayıdan ibaret görünür. Başka bir deyişle, kronolojik yaş, fiziksel durumun veya davranışın doğru bir göstergesi değildir. (Mitnitski vd,2002,ss2)

Biyolojik Yaş: Biyolojik yaş bir organizmanın yaşlandıkça fiziksel durumu, bireyin biyobelirteçlere dayalı gelişiminin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar çoğu durumda aynı biyolojik yolu takip etmektedir. Örneğin, akla gelen en kolay olanı ergenliğin başlangıcında cinsellik hormonlarının artması olayı tüm insanların takip ettiği bir biyolojik evredir. İnsan büyüme hormonundaki artış ve azalmalar, beyindeki miyelinasyon olayları ve yaşlandıkça belirli dokuların bozulması gibi durumlar da bu duruma verilecek diğer örneklerdir. (Mitnitski vd, 2002, ss2)

Psikolojik Yaş: Psikolojik yaş, kişinin fiziksel olmayan özellikleri kullanma deneyiminin öznel bir tutumu olarak tanımlanmaktadır. Amaç bir insanın işaretsiz kaç yaşında olduğunu göstermeye çalışmaktır. Bunun için deneyim, mantık ve duygular temel değişkenlerdir. Psikolojik yaş birçok psikolog tarafından, her insanın içinden geçtiği gelişimsel adımlar olan, evre teorileri biçiminde tanımlanmıştır. (Rhodes, 1983, ss332)

Fonksiyonel Yaş: kronolojik, biyolojik ve psikolojik yaşların bir kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel yaş, bir kişinin açık bir şekilde anlaşılmasını sağlar. Listelenen yaşları, vücut sistemleri boyunca ne kadar ilerledikleri ve duygusal ve mantıksal olgunluklarını göstermektedir. (BJ, 1987, ss174).

2.1.1 Başarılı Yaşlanma

Başarılı yaşlanma fikri, M.Ö. 44'te iyi yaşlanmanın doğası üzerine bir deneme yazmış olan Cicero'ya kadar uzanmaktadır. Batı toplumunda başarılı bir şekilde yaşlanmanın ne anlama geldiğini tanımlayan bir formülasyonun kökleri, 1944'te Yaşlılık Sosyal Uyumuna dair bir komite kurmuş olan Amerikan Sosyal Bilimler Araştırma Konseyi tarafından verilen bir kararda kökleştirilmiştir. (Tate vd., 2003, ss736)

1950'li yıllardan sonra "başarılı yaşlanma" kavramı sağlıklı yaşlanmanın altında yatan faktörleri ve koşulları temsil etmek için giderek kullanılmaya başlanmıştır. Psikososyal ve biyomedikal alanların çok faktörlü yapısı nedeniyle, başarılı yaşlanmanın ya da belirleyicilerinin tanımı konusunda açık bir fikir birliği yoktur. Bununla birlikte, açık olan şey, başarılı yaşlanmanın insan sağlığına ya da sağlıklı yaşam beklentisine bağlı olmasıdır. Dahası, çok boyutlu çalışmalardan elde edilen bilgilere göre, fizyolojik ve bilişsel işlevlerdeki yaşla ilişkili değişikliklerin, sigara, fiziksel aktivite ve beslenme seçimi gibi değiştirilebilen yaşam tarzı faktörleri ile açıklanabileceğini göstermektedir.(Franklin ve Tate, 2009, ss8)

Dünyada birçok insan, sağlıklı bir yaşamı önemli bir hedef olarak önceliğe koymaktadır. Bazıları, yaşlılık döneminde sağlıklı ve başarılı bir yaşlanmaya çalışırken işleyişin ön koşulu olarak kendini düşünmek olarak görmektedirler. Bununla birlikte, yaşlanmak; engelli, bilişsel gerileme ve sosyal ilişki kaybının olduğu bir sürü zayıflatıcı sonuçla karşımıza çıkmaktadır. Yaşlanmanın başarılı bir

yaşlanma gücü olduğu varsayılırsa, aynı zamanda yaşlanma, hastalıkların artması ve işleyiş kaybının artmasıyla ilişkiliyse, yaşlanmanın refahın kademeli olarak azalmasıyla ilişkili olması beklenmektedir. Bu beklentinin aksine, daha önceki araştırmalar, dünya çapında birçok ülkede, genel refahın orta yaşta en düşük seviyesine ulaşan, ancak daha sonra çok yaşlılığa kadar yükselen eğrisel bir örüntü izlediğini göstermiştir. (Rowe vd., s433)

Egzersiz, yürüyüş yapmak ve yakın kişisel temaslar başarılı yaşlanmanın belirleyicileri arasında yer almaktadır. Yapılan kesitsel karşılaştırmalar, yaşlananlar için topluma katılım oranının, fiziksel aktivitenin ve zihinsel sağlığın önemli ölçüde başarılı yaşlanmayı etkilediğini göstermiştir. Birçok çalışma (Echevarria, Ross, Bezon ve Flow, 1991 ; Morley, Mooradian, Silver, Heber ve Alfin-Slater, 1988 ; Nelson ve Franzi 1989 ; Nolan ve Blass 1992) diyet ve yaşam tarzındaki değişimin bilişsel işlevselliği artırabileceğini bildirmektedir. Ve dolayısıyla başarılı yaşlanmayı da desteklemektedir (Tate vd., 2003, ss736).

2.2 Yaşlılık

“Yaşlılık” kavramının sözlük anlamı; artmış olan yaşın etkilerini gösterme hali yaşlı olma, olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık, canlı varlıkların biyolojik işlevlerinin erişkin konumuna gelmesinden yani üreme döneminin sona ermesinden ölümüne kadar olan gelişim, değişim ve dönüşüm evreleridir. Bu evreler arasından en önemlisi; doğurganlığın sona ermesi, mortaliteye ait oranların ise hızla artmasıdır. Yaşlanma en temel tanımı ile yaşın giderek artması iken yaşlılık ise yaşlanmanın özellikli bir evresini tanımlamak için kullanılan kavramdır. Durum bu iken yaşlılık ve yaşlanma arasındaki en temel fark şu şekilde açıklanabilir. Sekiz yaşını doldurup dokuzuncu yaşına ayak basan bir çocuğun birtutar yaşlanmış olduğu söylenebilir ancak yaşlılık olarak tabir edilen evreye henüz dahil olmamıştır. Yaşlanma tüm canlılar için var olan bir olgu olup; fizyolojik ve biyolojik faktörlere bağlıdır. Ancak insanlarda kültürel ve toplumsal faktörlerin etkisi de yaşlanma üzerinde büyük bir etki göstermektedir. (Beğer ve Yavuzer, 2012, ss1)

2.3 Yaşlılık İlgili Risk Fonksiyonları

2.3.1 Aile ilişkileri

Yaşlı bireylerin korunması, bakımı ve desteklenmesi sahiplenilmesi hususlarında aile ve toplum kavramları kilit rol oynamaktadır. Aile içerisinde yaşlının bakımında en önemli rolün kadına (eş, anne, kızı ya da gelin) düştüğü, fakat kadınların da yaşlanarak zaman içinde güçlerini yitirmeye başlamalarıyla bakım rolünün yetişkin çocukların üstlendikleri bilinmektedir. Bu rolü üstlenen yetişkin çocuklar yaşlı için en önemli destek ve sosyal iletişim kaynağıdır (Mehmet vd,2011, s107).

Hem yaşlı bireyin, hem de kendi çocukları evde bakımı tercih etse de bu hizmetin aile bireyleri tarafından verilmesinin gün geçtikçe çeşitli sebeplerden dolayı güçleştiği çalışmalar ile de ortaya konmuştur. Özellikle sağlığı bozulmuş olan yaşlı bireyin bakımını üstlenen yetişkin çocuklarda; sosyal ve psikolojik yönden birçok sorunların görüldüğü gözlenmiştir. (Karahana ve Güven, 2002, s157)

2.3.2 Toplum

Sosyal ilişkiler bazında bakıldığında modern ülkelere kıyasla Türkiye’de geleneğin, sosyal dayanışmanın ve ailenin üstlendiği toplumsal işlevlerin çok daha önemli olduğu görülmektedir. Bu durum sosyal devlet anlayışı açısından çoğu zaman avantaj olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de henüz bir bakım sigortası modelinin ve uygulamasının olmamasından kaynaklı yaşlılıkta bakım hizmetlerinin, aile bireylerinin sırtına yüklenmesine ve bütünüyle kişilerin inisiyatifine bağlı kalmasına yol açmaktadır (Arun, 2008, s324).

Yaşlılar için sağlanmış olan aile desteği ile kamu desteği arasındaki denge; uzun süredir araştırmacıların, politikacıların ve toplumun ilgisini çekmektedir. Yaşlanmış olan bireyin ihtiyaç durumuna göre aile içi ve aile dışı desteğin birbirini

bütünlediği özellikle vurgulanması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. (Mehmet vd, 2011, s108)

2.4 Yaşlılık İle İlgili Genel Hizmetler

Yaşlılık ile ilgili çeşitli hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmet alanları direkt olarak yaşlı bireye uygun olarak servis edilmektedir. Hem sosyal ilişkilerini düzenlemeye yönelik, hem tıbbi bakım almalaina yönelik hem de barınmaya yönelik hizmet grupları bulunmaktadır (Altay ve Emiroğlu, 2005, s4)

2.4.1 Genel Tıbbi Bakım Hizmeti Veren Kurumlar

Geriatric Hastaneleri: Yaşlı bireylere tedavi, bakım, rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği yaşlı bakım kurumlarıdır. Bu kurumlarda genellikle doktor, hemşire, farmakolog, sosyal çalışmacı, rehabilitasyon terapistleri ve ruh sağlığı uzmanları görev almaktadır. (Altay ve Emiroğlu,2005:4)

Subakut Bakım Üniteleri: Genellikle kronik hastalara, tedavi bakım sonrası iyileşme dönemlerinde ve cerrahi işlem sonrası hastalara hemşirelik hizmeti veren ünitelerdir. Bu ünitelerde kişilerin hastaneye yatırılmadan kısa sürede iyileşmelerini sağlamak için rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. (Altay ve Emiroğlu,2005, s4)

Son Dönem Hastaneleri: (Hospice Care) Terminal dönemde olan hastalar ve onların ailelerine fiziksel, sosyal ve ruhsal bakım hizmetinin verildiği ünitelerdir Hospis bakımın amacı kişilerin mümkün olduğu kadar ağrısız ve rahat bir ortamda, kaliteli bir biçimde sevdikleri ve ailesi ile birlikte ev ortamında yaşamlarının sürdürülmesini sağlar. Bu bakımda yaşamın süresi değil kalitesi ön plandadır. (Altay ve Emiroğlu, 2005, s4)

Gündüz Hastaneleri: Yaşlı bireylere gündüz bakım hizmeti veren bakım merkezlerdir. Genellikle bu ünite de mental ve fiziksel fonksiyon bozukluğu olan bireylere tıbbi bakım hizmeti verilir. Gün boyunca evde olmayan, çalışan ailelerin evde yalnız kalamayacak yaşlı üyelerine verilen hizmettir. Günlük bakım programına gelen yaşlılar akşam olunca eve dönerler. Bu hastanelerde yaşlılara bakım, tedavi ve koruyucu hizmetler ile birlikte iyileştirme ve sosyal hizmetler de verilmektedir. (Altay ve Emiroğlu, 2005, 4)

Bakım Evleri: (Nursing Home) Yaşlılara uzun vadeli hizmet veren bakım üniteleridir. Burada yaşlıların bireysel ve sosyal bakım hizmetleri sürekli olarak yerine getirilir. Yaşlılar burada ölene kadar kalabilirler. Bakım evlerinde kalan yaşlılar genellikle demanslı, duyma-ışitme sorunu olan ve eşlerini kaybetmiş yaşlılardır. Çoğunun günlük yaşam aktivitelerinde değişik seviyelerde yardım gereksinimleri vardır. Bakım evlerinde yaşlılara temel bakımı sağlamak adına gerontoloji uzmanı doktor ve hemşireler hizmet vermektedir. (Altay ve Emiroğlu,2005, s5)

2.4.2 Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetinin en genel tanımı şu şekildedir. Yaşlı, özürlü ve süregelen bir hastalığı olan kişileri, bundukları ortamda desteklemek, sosyal hayata adapte olmalarını sağlamak, mutlu ve huzurlu bir yaşam sürmelerini sağlamaya yardımcı olmak, toplum ile bütünleşmelerini sağlamak amacıyla bir takım hizmetleri bünyesinde barındıran bakım modelidir. Bakım hizmetine ihtiyaç duyan kişinin ve aile üyelerinin yükünü hafifletmek ve destek olma amaçlı psikolojik, sosyal, fizyolojik ve tıbbi hizmetler verilmektedir (Çavuş, 2013, ss37).

Evde sağlık bakımı, bir hekim tarafından hastalara kendi evlerinde, yetenekli uzman ekip tarafından sağlanan bir bakım sistemidir. Evde sağlık hizmetleri arasında hemşirelik bakımı, tıbbi sosyal hizmetler, fiziksel, mesleki ve konuşma dili terapisi yer almaktadır. Evde sağlık hizmetlerinin amaçları, bireylerin yitirdikleri işlevlerinin iyileştirilmesine ve daha fazla bağımsız bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmaktır. Bakım hizmeti alan bireyin, optimal refah seviyesine ulaşmasını sağlamak ve hastanın evde kalmasına, hastaneye ya da uzun süreli bir bakım kurumuna yönelmemesini sağlamak diğer amaçları arasındadır. Hekimler hastaları evde sağlık ve bakım hizmetleri için sevk edebilir veya bu hizmetler aile üyeleri veya direkt hastalar tarafından talep edilebilir(Ellenbecker vd., 2008, ss13)

Evde sağlık hizmetleri, hemşirelerin çalıştığı hastanelerden ve diğer kurumsal ortamlardan oldukça farklıdır. Örneğin, evde sağlık hizmetlerinden sorumlu hemşireler, merkezde bulunan destek kaynakları ile sahada yalnız çalışırlar. Hemşire-hekim çalışma ilişkisi daha az olup bakım hizmeti doğrudan doktor teması ile ilgilidir. Doktor değerlendirmeler yapmak ve bulguları iletme için hemşireye ihtiyaç duymaktadır. Evde sağlık hemşireleri, hastane hemşirelerine oranla evrak işlerinde

ve geri ödeme sorunları ile uğraşırken daha fazla zaman harcarlar. (Ellenbecker vd., 2008, ss13)

Evde bakım hizmetleri ile hastanelerde verilen hizmetler arasında birçok fark vardır. Evde bakım hizmetleri, hastalara kendi kendine bakımın yapılmasını öğretmenin yanı sıra, evdeki aile üyelerine ve diğer resmi olmayan kişileri de bilgilendirirler. Profesyonel klinisyenlerin yani hastane hizmetlerinin ise bu bakım hizmetini gayri resmi olarak verenlerin üzerinde herhangi yetkisi yoktur ilgi alanları dâhilinde değildir. Evde sağlık bakımının bir başka ayırt edici özelliği de, hizmet sunucuların her hastaya benzersiz bir ortamda bakım sağlamalarıdır. (Ellenbecker vd., 2008, ss13)

2.4.3 Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmet programları hemşire organizasyonu tarafından ya da evde sağlık bakım şirketleri tarafından sağlanan ve genellikle evinde tek başlarına ya da ailesi ile birlikte kalan yaşlılara sunulan destek hizmetleridir (Altay ve Emiroğlu,2005, s5). Yaşlı bireylere sunulan sosyal hizmetler aşağıda verilmiştir.

1. Yemek hazırlama ve ve yedirme gibi beslenme hizmetlerinin sağlanması
2. Bireylere ziyaret hizmetlerinin sağlanması ve aile üyeleri ile bağlarının korunması
3. Telefon, internet ve diğer teknolojik iletişim hizmetlerinin sağlanması
4. Danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve bilgilendirmelerin yapılması
5. Günlük ev işleri hizmetlerine yardımcı olacak destek personelin sağlanması
6. Taşıma - refakat hizmetlerini yerine getirecek yardımcı personelin sağlanması
7. Yaşlı kulüpleri hizmetleri bireyin sosyalleşmesinin sağlanması
8. Yaşlı sığınma evleri sayesinde bireyin kendini güvende hissetmesinin sağlanması
9. Yaşlı apartman hizmetlerinin sağlanması
10. Pansiyon hizmetlerinin sağlanması

2.4.4 Yaşlı Bireyler İçin Barınma Merkezleri

Barınmaya yönelik hizmetlerin temelinde kurum bakımı yer almaktadır. Kurum bakımı; yaşlı ve hizmete muhtaç kişinin hem gece hem de gündüz boyunca hayatını geçirebileceği ihtiyaçlara binaen tasarlanmış olan bir kurumda sağlık bakım hizmetinin verilmesidir. Kurum bakımı kapsamında; bakımevi, yaşlı kulüpleri, güçsüzler yurdu, yaşlı apartmanları, huzurevi ve korumalı meskenler yer almaktadır. Bir tek bizim ülkemizde değil diğer ülkelerde de bu kurumlarda verilen bakım hizmeti, uygulanan temel hizmet modelidir. Korunmaya ihtiyaç duyan yaşlı kişilerle beraber, kendi öz bakımını gerçekleştiremeyen, yalnız başına yaşamak durumunda kalan kişilere bakım hizmeti belli kurallar dâhilinde verilmektedir. Özellikle de korunma ihtiyacı duyan yaşlı kişilerin, belli kurallar öğrenip ortama adapte olmalarından sonra hayatlarını idame edebilecekleri en iyi sosyal hizmet modellerinden birisidir. Fakat kurum bakımı kapsamında verilen hizmetlerdeki en büyük yetersizlik; bu hizmet modelinin aile veya yakınlarının yerini alamaması ve buralarda yaşlı bireyin duygusal ve psikolojik gereksinimlerinin yeterince karşılanamaması durumudur. (Şimşek, 2006, s15).

2.4.4.1 Huzurevleri

Kurum bakımı kapsamında, bakım hizmetin sağlandığı en yaygın modellerden birisidir. Huzurevlerinde altmış yaş ve üzerindeki sosyal ve ekonomik yönden yetersizlik içerisinde olan kişileri, bakıma ihtiyaç duyan kişileri, huzurun sağlandığı bir ortamda korumak, bakım hizmetini vermek, sosyal ve psikolojik yönden ihtiyaç duyduğu gereksinimlerini karşılamak amacıyla kendi kendilerini idare edebilecek doğrultuda iyileştirmelerin sağlanmaya çalışıldığı kurumlardır. Ayrıca tedavisi mümkün olmayan hastaların ise sürekli olarak bakımlarının daimi bir şekilde yapılıp takip edildiği hizmetleri de bünyesinde bulundurmaktadır (Çohaz, 2010, s123).

2.4.4.2 Yaşlı Kulüpleri

Yerel yönetimlerce organizasyonu sağlanan, gerekli sağlık bakım hizmetinin de verildiği yaşlı kulüpleri, birçok yönden hizmet sunabilmektedir. Bünyesinde; kütüphane, oyun salonları, müzik ve konser çalışmaları bulunduran, tiyatro ve diğer gösterilerin sergilenebildiği kurumlardır. Yaşlı bireyler bir araya gelerek, bütün gün sohbet etme, sorunlarını tartışabilme olanağı elde edebilmektedirler. Güncel olayları

görüŖüp böylelikle hem sosyal çevreden bağlarını koparmamış olurlar. Bu durumun pek çok örneği gelişmiş ülkelerde mevcuttur. Mahalle sakinlerinin kendi gayretleri veya bir dernek vasıtasıyla her mahallede, yaşlı kulüplerine rastlanabilmektedir (Sevil, 2005, s153).

2.4.4.3 Yaşlı Kreşleri

Günlük yaşamsal faaliyetlerini sürdürürken bir başkasına muhtaç olan, ancak yatalak olmayan, gün içinde kendi ihtiyaçlarını kendileri yerine getirebilecek durumda olan, ilgilenecek herhangi bir yakını bulunmayan yaşlı bireyler için hizmet veren kurumlardır. Altmış beş yaş ve üzerinde herhangi bir bulaşıcı hastalığı bulunmayan, ancak yatağa bağlı bir yaşam süren, herhangi bir engellilik durumunun olmadığı demanslı yaşlı hastalar da bu kurumlardan yararlanmaktadırlar. Amaç olarak ise ailesi yanında yaşamayan Alzheimer hastası yaşlı kişilerin evde bir başına kalan yaşlıların güvenliğini sağlamak için riskleri ortadan kaldırmaktır. Sonuç olarak da yaşlı kişilere ve ailelerine bir destek hizmeti sunabilme gayesi taşıyan kurumlardır. (Dölek, 2011, s44).

2.4.4.4 Yaşlı Apartmanları

Kurum bünyesinde verilen bakımı reddeden ve tek başına yaşamak durumunda kalan yaşlı kişilerin toplum içerisinde, güvenliğin sağlanmış olduğu bir ortamda yaşam sürmelerine yardımcı olan bir sosyal hizmet ve bakım modelidir. Yerel yönetimler tarafından özel olarak düzenlenen ve hizmete sunulan kurumlardır. Yaşlı bireylerin kendi kişisel ihtiyaçlarını kendilerinin yerine getirdiği, yaşadıkları dairelerin dışında kullanmaları için ortak kullanım alanların olduğu, kendilerine çeşitli hizmetler için yardımcı olacak görevli personeller için de hizmet dairelerinin olduğu, denetimli ve güvenli apartman sistemlerinin kullanıldığı kurumlardır (Sevil, 2005, ss159).

2.4.4.5 Güçsüzler Yurdu

İstanbul'daki Darülaceze en bilindik olanıdır. Barınma ihtiyacına yönelik olan bu kuruluşlar, yatılı bakım kurumu hizmeti vermektedirler. Ancak bu kurumlar huzurevleri ve bakımevleri gibi bakım ihtiyacı duyan belirli bir gruba hizmet vermemektedir. Bu kurumlar daha çok yaşlı genç diye bir ayırım yoluna gitmeden,

yaşı ölçüt almaksızın kimsesiz ve yoksul olan tüm bireylere hizmet vermeye çalışmaktadırlar. Bir anlamda buralarda, yaştan çok güçsüzlük derecesi önemli bir ölçüttür (Koşar, 1996,s138).

2.5 Türkiyede Yaşlılara Sunulan Hizmetler

2.5.1 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Hizmetleri

Türkiye’de 1982 anayasası ile sosyal güvenliğin herkes için bir hak olduğu ve yaşlılara ait sağlık bakımın ve diğer hakların neler olduğu bu yasa ile belirtilmiştir. SGK kapsamı altına alınan yaşlılar için; maddi risklere karşı korunması, yaşlı bireylere aylık bir gelirin bağlanması, sağlık bakımı için gerekli hizmetlerin karşılanması ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin de sağlık durumları güvenceye alınmıştır. (DPT 2741,2007, ss.13) Mevzuatta da belirtildiği üzere 5510 sayılı sosyal sigortalar kanununda yaşlıların sağlık bakım durumu güvence altına alınmıştır. Ayrıca 2210 sayılı kanun ile 65 yaş üstü kişiler maddi risklere karşı korunmaktadırlar. Sosyal politikalar bakanlığının 2015 verilerine göre yaşlılık ve engellilik maaşını almaya hak kazanan kişi sayısı 1.300.377 kişidir. Bu kişiler için harcanan kaynakların meblağı ise 3.595.541,33 Türk Lirasıdır. 3294 sayılı kanun ile de herhangi bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmayan muhtaç olan yaşlı bireylere sosyal yardımlaşma ve dayanışma teşviki kanunu gereğince gerekli yardımlar yapılmaktadır (Zıplar, 2015, ss183).

2.5.2 Türkiye’de Sosyal Yardımlar

1986 yılında 3294 sayılı Başbakanlık Yardımlaşma Dayanışma Teşvik fonu kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun ile Başbakanlık Yardımlaşma Dayanışma Teşvik Genel Müdürlüğü; her ne amaçla olursa olsun Türkiye’ye kabul edilmiş olan ve Türkiye de bulunan kişiler için sosyal adaleti pekiştirmek, gelir dağılımını daha adilane bir şekilde uygulamak ve sağlamak amacını taşımaktadır. 5263 sayılı kanun gereği Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM) kurulmuştur. Bu müdürlüğe bağlı Türkiye genelinde 973 tane SYD Kurumu bulunmaktadır. Bu kurumlar aracılığı ile sağlık yardımları, giyim, eğitim, yakacak ve gıda yardımları sağlanmaktadır (Zıplar,2015, s.184).

2.5.3 Türkiye’de Sosyal Hizmetler

Bireylerin birbirleri ve çevresi ile daha kolay uyum sağlamaları sosyal hizmetler kapsamında ele alınmaktadır. Sosyal hizmetler; kişi, grup ve toplum bazında ruhsal ve fiziksel yönlerin çeşitli olanaklar çerçevesinde refah düzeyine ulaşabilmelerini sağlar (Zıplar, 2015,s.183). Bu bağlamda Türkiye’de huzur evlerinde bakıma muhtaç yaşlıların günlük ihtiyaçlarının giderilmesi için doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı diyetisyen ve fizik tedavi uzmanı gibi alanında uzman kişiler tarafından koordineli bir şekilde yürütülmektedir (DPT, 2007 2741, ss.17).

2015 yılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı verilerine göre; sağlık bakanlığına bağlı 124 huzur evi 110 tane özel şahıslara ait olmak üzere 234 tane huzur evi bulunmaktadır. Bakanlığa bağlı huzur evlerinde 11,688 kişiye, özel huzur evlerinde ise 10,700 kişiye hizmet verilmektedir. Bakanlık kapsamında yer alan huzurevlerinde 4,203 kişi ücretsiz, 7,485 kişi ise ücretli olarak hizmet almaktadır. Yaşlı bakım hizmetleri için 2015 yılında 362.903.115,21 Türk Lirası tutarında harcama gerçekleştirilmiştir (Zıplar,2015 ss.184).

2.5.4 Türkiye’de Yaşlı Hizmet Merkezleri

Gündüzlü Bakım Hizmeti kapsamında; yaşamını sağlıklı bir şekilde evde ailesi ve sevdiği kişiler ile beraber geçiren ya da Demans, Alzheimer gibi hastalıkları taşıyan yaşlı bireylerine yönelik sunulan hizmetlerdir. Hizmet alıcılarına daha iyi bir ortam hazırlamak, kendilerinin karşılamakta güçlük çektikleri ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak, günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirmelerinde yardımcı olmak gibi hizmetler sağlanmaktadır (Zıplar,2015 ss.184).

3. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI

3. 1 Uzun Dönem Bakım Sigortası (Yaşlılık Sigortası)

Uzun dönem bakım hizmeti, uzun zamandır süregelen bir fiziksel hastalık, özürülük veya bilişsel bozukluğu olan insanlar için çok çeşitli hizmetler içeren bir

süreci kapsamaktadır. Uzun süreli bakım sigortası bireyin günlük aktivitelerine yardımcı olan giyinme yıkanma tuvalete ihtiyacını giderme, yeme içme gibi hizmetleri de içeren; bireyin bakımını evde hastanede sağlık bakım evinde hemşire desteği ile kendi evinde sağlayan bakım sigortasıdır. Uzun süreli bakım sigortası, sigorta sağlayıcısına ödenen prim karşılığında uzun vadeli bakım hizmetleri için fon sağlamaktadır. (Rasoanaivo, 2001 ss1)

Uzun dönem bakım sigortası, bireye bir bakım evinde veya kendi evinde bakılma ihtiyacı hissedilmesi durumunda doğacak harcamaları ödeme vaadi verir. Sağlık sigortası poliçeleri bu masrafı kapsamamaktadır. Uzun dönem bakım sigortası, ilk çıktığı dönemlerde yalnız bakım evinde sağlanan ve alternatif olmayan bir hizmet olarak ileri sürülmüş ve pazarlanmıştır. O yıllarda insanlar henüz yeni bir hizmet olan uzun dönem bakım sigortasına uygunluğun nasıl olacağı ve aktüeryal olarak nasıl fiyatlandırılacağı konusunda bilgi sahibi olamamışlardır. Günümüzde ise uygulandığı ülkelerde uzun dönem bakım sigortasının 6. veya 7. jenerasyon poliçeleri yürürlükte. Uzun dönem bakım sigortası ürünleri hala hizmet alıcının ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilmektedir. Uzun dönem bakım sigortası hem bireysel hem de gruba yönelik olarak düzenlenebilme durumuna gelmiştir. Uzun dönem bakım sigorta sektörü öncelikli olarak bireysel ürünlerle gelişim göstermiştir, Ancak gruba yönelik uzun dönem bakım sigortası da sektörün hızlı bir şekilde gelişmesinde önemli bir payı vardır (Black vd, 1994,ss2).

Uzun dönem bakım hizmeti ancak karşılığında ödeme sağlanıyor ise resmi sayılmaktadır. Bu resmi hizmetler, bir özel bakım evinde ya da hizmet alıcılarının kendi evlerinde sağlanabilir. Ödeme yapılmayan uzun dönem bakım hizmeti ise resmi değildir ve bireyin ailesi yakınları veya arkadaşları tarafından karşılanmaktadır (Li, 2007, s14).

(Rasoanaivo, 2001, s3) uzun dönem bakım hizmetlerini şu şekilde sınıflandırmıştır.

- Bireye evde günlük aktivitelerinde yardımcı olacak hizmetlerin sağlanması
- Geçici bakım hizmetlerinin verilmesi
- Evde sağlık bakımı hizmetinin verilmesi
- Yetişkin günlük bakım hizmeti

· Bir bakım evinde bakım hizmetinin gerçekleştirilmesi

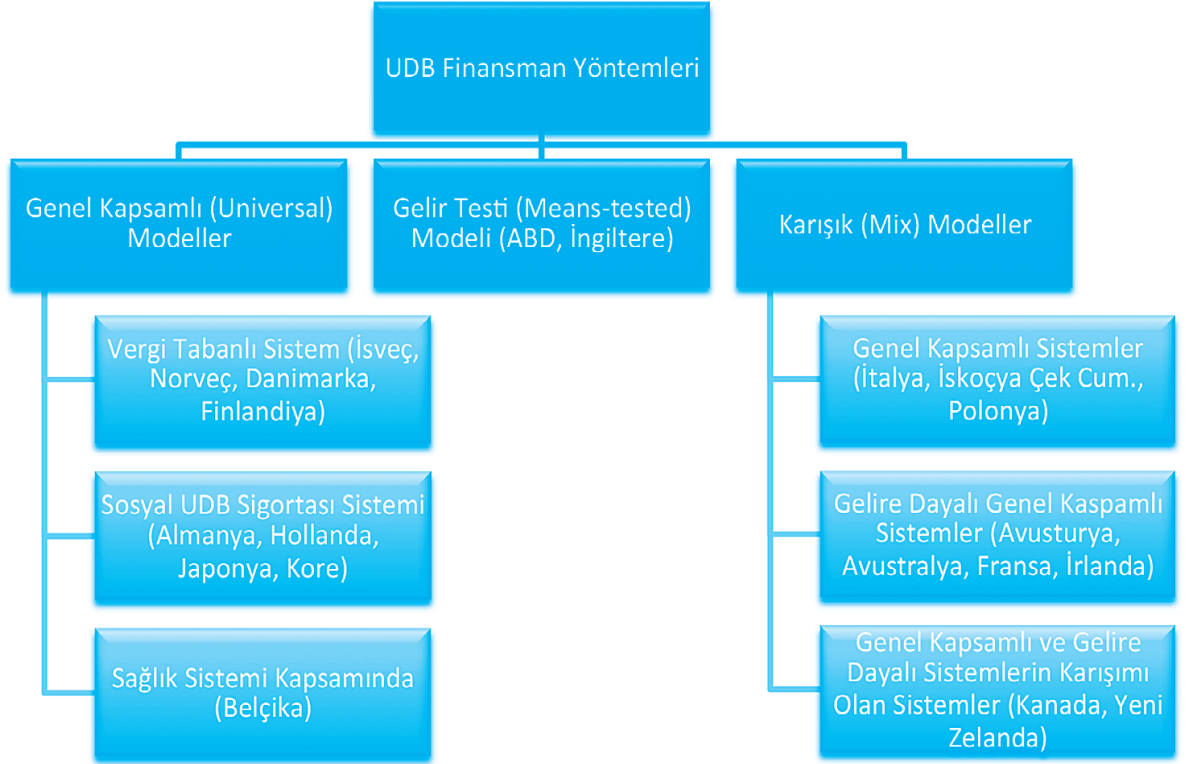
Uzun süreli bakım, düzenli olarak yardıma ihtiyaç duyan kişiler, kronik hastalığı olan kişiler, fiziksel ya da zihinsel engelli kişiler için geniş hizmet yelpazesini kapsamaktadır. Çoğu sağlık hizmetinden farklı olarak uzun süreli bakım hizmetleri bir hastalığı tedavi etmek için tasarlanmamıştır. (Rasoanaivo, 2001, s3)

Günlük bakım hizmetleri, yaşamın temel faaliyetleri konusunda (banyo yapma, tuvalet kullanımı, yeme- içme, giyinme yemek pişirme ev işleri gibi) yardım etmenin yanı sıra yetenekli hemşirelik hizmetlerini de kapsamaktadır. (Johnson ve Uccello, 2005, s2)

Hem tıbbi hem de günlük ve sosyal bakım hizmetlerini içeren UDB hizmetleri; bilişsel ve fiziksel yönden noksanlık gösteren ve fonksiyonel kapasite bakımından azalma gösteren kişilere ve günlük temel ihtiyaçlarını yerine getirme konusunda dışardan birinin yardımına uzun süre boyunca ihtiyaç duyma durumunda sunulan bir dizi hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin içerisinde; giyinme, beslenme, yürüme, banyo yapma, ev temizliği, ağrıyla baş etme, yemek hazırlama, güvenli olmayan davranışlardan kaçınma ve başıboş kalma durumlarında oluşabilecek olumsuzlukları ortadan kaldırma, fiziksel ve psikolojik tedavi, danışmanlık hizmeti, faturaların ödenmesi, telefonlara cevap verilmesi, ulaşımın sağlanması, ilaçların doğru kullanılması, paranın uygun doğru ve faydalı kullanımı, kişisel hijyenin sağlanması, evde ihtiyaç duyulan değişikliklerin yapılması, vb. gibi günlük temel faaliyetlerin (GTF) sağlanmasına yönelik hizmetler yer almaktadır (Fujisawa ve Colombo, 2009, s14).

3.2 Uzun Dönem Bakım Sigortası Finansman Modellerinin Sınıflandırılması

UDB hizmetlerinin sınıflandırılması için kullanılan modellerde iki tane ölçüt kullanılmıştır. Bu kapsamda ilk aşama olarak bireylerin genel ya da gelir testine göre UDB yardımlarına hak kazanıp kazanılmadığının ortaya çıkarılması için bir sınıflandırmaya tabi tutulur. İkinci aşama olarak ise çeşitli hizmet ve programların tek bir sistem veya birden çok sistemle nasıl sağlanacağı hususunda bir sınıflandırma yapılmaktadır. (Colombo,2011:215)



Şekil 3.6 UDB finansman yöntemleri

Kaynak: Bal,2016:s173

3.2.1 Universal (Genel Kapsamlı) Modeller

Genel kapsamlı finansman yönteminde UDB kapsamında yardım bakımına ihtiyaç duyan tüm bireylere sunulan kişisel bakım hizmetlerini ve bakım evi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu modelin finansman yöntemi kullanıldığı ülkelerde temelde aynı iken; hizmetin sunulduğu hedef grubu farklılaşabilmektedir. Örneğin; Kore ve Japonya'da tüm yaşlı bireyleri kapsarken, Hollanda ve Almanya'da yaş kistasına bağlı olmaksızın tüm bireyleri kapsar niteliktedir. Çeşitli muafiyetlerin ve kullanıcı ücretlerinin yer aldığı bu modelde; daha çok bireyin gelir durumu göz önünde bulundurularak sınıflandırma yapılmaktadır. Gelir durumu düşük olan kesim için UDB maliyetlerinin finansmanı için; tam muafiyet, kısmi muafiyet ya da çeşitli yardım mekanizmaları sağlanmaktadır. (Bal,2016, s174)

Genel kapsamlı finansman yöntemi; üç ana alt modelden meydana gelmektedir.

3.2.1.1 Vergi Tabanlı Sistem(Kuzey, İskandinav Sistemi)

Bu finansman yönteminin en bilindik örneğini İskandinav (Kuzey) UDB finansman modelidir. Bu modelde tüm nüfus kapsam altına alınır. Bakım hizmetleri vergi gelirleri finanse edilmektedir. Sosyal yardım bu modelin ayrılmaz bir parçası niteliğindedir. Finlandiya, Danimarka, İsveç ve Norveç bu model çerçevesinde UDB hizmeti sunmaktadır. Bu sistemde yaşlı bakım hizmetlerinin sorumluluğu devlete ait olsa da; belediyeler, il ve ilçe idareleri, konseylerinin de düzenleyici rolü mevcuttur. Kişisel bakım hizmetlerinin yanı sıra korunaklı konut yardımı, yerel bakım, ulaşım ve araçlar için yardım da sağlanmaktadır. Bu sistemde kişilerin kendi ceplerinden yaptıkları/yapacakları harcamalar diğer ülkelere oranla oldukça düşük bir paya sahiptir.(Karlsoon ve Iversen, 2010, ss4)

3.3.1.2 Uzun Dönemli Bakım Sosyal Sigorta Modeli

Uzun dönem bakım hizmetleri finansman yöntemlerinin genel kapsamlı modellerinden ikincisi olan bu model için özel sosyal sigorta düzenlemeleri mevcuttur. Bu modeli; Lüksemburg, Hollanda, Kore Almanya ve Japonya kullanmaktadır. Sistemin temelinde tüm toplumu kapsam altına alma yer almaktadır. Fakat bu sistemi benimseyen ülkeler arasında da uygulama biçimleri konusunda bir fark mevcuttur. Konaklama bakım giderlerinin karşılanması ve diğer giderler bazı ülkelerde tamamı ile karşılanırken bazılarında (Japonya) kısmi olarak karşılanmaktadır. Ayrıca UDB giderlerinin GSYHI içerisindeki paylarında da değişiklik arz etmektedir. Kore %0.7 iken Hollanda'nın %4.3'tür. Buradan da anlaşılacağı üzere ülkeler aynı finansman yöntemindeki UDB modelini kullansa dahi sosyal durum, refah ve mevcut rejime göre harcama dağılımları farklılık göstermektedir. (Bal, 2016, ss174)

Bu sistemi kullanan ülkeler arasında bakım hizmeti almaya hak kazanma kriterleri ve yardım sistemleri arasında da bazı farklılıklar söz konusudur. Almanya'da 2013 yılında 69,8 milyon kişi kapsam altına alınmıştır. 2013 yılı

itibariyle Almanya’da bakım hizmeti sunum şekline göre (yatılı, evde kurumsal.) ve ihtiyaç dâhilinde üç aşama olacak şekilde aylık 235-1550 Euro katkı payı sağlanmaktadır. UDB faydalanıcılarının bakım maliyetlerinin yüzde doksanını alabilen Japonya’da ise hedef kitle sadece yaşlılardır. Ve sadece bu kapsamda hizmet sunmaktadırlar. 2008 yılı itibari ile de en son uygulamayı Kore kullanmaktadır. (Social Protection Committee of EC, 2014, s72).

3.3.1.3 Sağlık Sistemi Üzerinden Kişisel Bakım Modeli

Bu sistemde uzun dönemli bakım maliyetlerinin tümü sağlık sistemi tarafından sağlanmaktadır. Bu model kapsamında sadece sağlık bakım hizmeti değil aynı zamanda yeme-içme yıkanma gibi hizmetler de finanse edilmektedir. Bu konuda sağlık bakımın bir risk olarak görüldüğü ve bu bakım hizmetinin profesyonel bir hemşire tarafından yerine getirilmesi gerektiğini içeren kurumsal düzenlemeler mevcuttur. Bu kurumsal düzenlemeler sosyal modelin tersine “tıbbi bakım modeli” oluşturduğunu göstermektedir (Colombo, 2011, ss222).

Bu sistem kapsamında en iyi örneği Belçika teşkil etmektedir. Sağlık sigorta sisteminde hem kurumsal bakımı hem de evde bakım hizmetlerini kapsayan UDB hizmet maliyetlerinin tümünü nüfusun geneline uygulanacak şekilde sağlık sigortası kapsamında sağlamaktadır. Tıbbi bakım gerektiren hizmetler federal sağlık sistemi tarafından karşılanmaktadır. Tıbbi müdahale gerektirmeyen(yeme içme banyo) hizmetleri ise bakıma muhtaç düşük gelirli yaşlılara bir bakım evinde geçici konaklama evlerinde ya da kendi evlerinde verilmektedir. (Social Protection Committee of EC, 2014, ss72)

3.3.2 Gelir İhtiyaç Testi

UDB faydalanıcılarının bakım hizmetinde hak sahibi olabilmeleri için güvenlik ağları programları ile bir gelir ihtiyaç testine tabi tutulmaktadırlar. Bu gelir testinde faydalanıcılar için bir eşik değeri söz konusudur. Sadece bu değer ölçüt alınarak yetersiz maddi kaynaklardan dolayı bakım hizmetine erişemeyen bireyler için katkı payı sağlamaktadırlar. Bu eşik değerini belirlemede kişisel ve/veya ailenin toplam gelirleri, varlıkları kayıt dışılığın olup olmadığı gibi maddeler yer almaktadır. Bu sistemin en iyi örneğini Amerika Birleşik Devletleri (ABD) oluşturmaktadır. Yoksul halk için bir kamusal fon olan ‘Medicaid’ bakım ve sağlık hizmetlerinin ana

fonunu oluşturmaktadır. Medicaid UDB bakım hizmetlerinin yüzde kırkını karşılamaktadır (Bal, 2016, s176).

Her bir eyalette gelir testinden sonra evde bakım ve kurumsal hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Kullanılan finansman modeli aynı olsa da faydalanıcıların hak sahibi olabilmek için taşınması gereken nitelikler eyaletler arasında değişiklik göstermektedir. Gelir testi çok sıkı ve katı kurallar ile gerçekleştirilmektedir. Bu yüzden genellikle kişilerin kendi kaynaklarını tükettikten sonra bu sisteme başvurduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 10 milyonu aşkın yaşlının UDB hizmetlerine ihtiyacı olduğu ancak bunlardan sadece 3 milyon kişinin Medicaid kapsamında finanse edildiği tespit edilmiştir. (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured,2013, ss25)

Tıbbi bakım dışında sosyal bakımın da gerektiği durumlarda yetkili olarak yerel yönetimler sorumlu tutulmuştur. Çünkü bu sosyal bakım gerektiren hizmetler; vergi gelirleri ve yerel makam gelirleri tarafından finanse edilmektedirler. Bu sebeple faydalanıcılar bu hizmetten yararlanabilmek için ilk aşama olarak gelir testine tabi tutulurlar. Ardından ikinci aşama olarak kişisel bütçe fonu testine tabi tutulurlar. Faydalanıcıların hem gelir testinden istenilen yeterliliğe sahip olmaları hem de tüm kişisel kaynaklarını tüketmiş olmaları gerekmektedir. (Colombo v d, 2011, s228).

3.3.3- Karışık Mix Modeller

Bu karma modellerin içerisinde genel kapsamlı finansman yöntemi ve gelir testi modelinin karışımı bir model yer almaktadır. Bu modelleri üç grupta ele alınacaktır.

3.3.3.1 Genel Kapsamlı Model Benzeri Sistemler

En belirgin özelliği bakım evi gerektiren hizmetlerinin sağlık sisteminden; kişisel bakım hizmetlerinin ise farklı bir sistemle karşılandığı bu modelde, farklı birkaç genel kapsamlı modelin birleşiminden meydana gelmektedir. İskoçya bakım hizmetleri yerel yönetimler tarafından ihtiyacı olan bireylere kişilerin gelir varlıklarından bağımsız bir şekilde finanse etmektedir. Ancak bu sistemde günlük

temel faaliyetler yerine getirilmektedir. Kişi ücretini ödediği takdirde bakımevi hizmetlerinden yararlanabilmektedir. (Bal,2016, ss181)

İtalya'da sunulan UDB hizmetlerinin finansmanı hem sağlık sistemi hem de sosyal sigorta sisteminden karşılanmaktadır. UDB giderlerinin GSYHI içerisindeki payı %01,9 olan İtalya'da nakdi yardımlar oldukça yaygındır. Buna karşın kurumsal bakım hizmeti istenilen düzeyde gelişmemiştir. Evde bakım hizmetleri ise kayıtlı olmayan bakıcılar tarafından yerine getirilmektedir. (Bal,2016, ss181)

Polonya'da ise yaşlı bireyler daha çok çocuklar ile beraber yaşarlar. Geleneklerine ve aile bağlarına oldukça düşkünlüdürler. UDB hizmeti daha çok geleneksel yöntemlerle yani kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. UDB hizmetlerinin aile üyeleri tarafından yerine getirilmesindeki temel sebepler; kamu tarafından finansörlüğün yetersizliği ve düşük fiyatlı bir özel bakım evinin olmamasıdır. Çok düşük kapsamdan dolayı GSYHI oranı %0,4'tür. UDB hizmetleri sağlık sigortası ve sosyal yardımlar tarafından finanse edilmektedir (Bal,2016, ss181)

3.3.3.2 Gelire Dayalı Genel Kapsamlı Sistemler

En iyi örneklerinin Fransa Avusturya ve Avustralya'nın sergilediği bu modelde faydalanıcılara UDB hizmetlerinin maliyeti için gerekli fayda ve sübvansiyonları sağlamaktadır. Bu ülkeler gelir testinin ardından UDB hizmetlerini almaya hak kazanan faydalanıcılara destek sağlamaktadır. Ükelere göre farklılık göstermekle beraber hak kazanan faydalanıcılar diledikleri takdirde bu hizmetlere ek olarak bakım evi gibi hizmetlerden de yararlanmak için başvuruda bulunabilmektedirler. Gerekli başvuru yerel yönetim ve sağlık sistemi aracılığı ile gerçekleşmektedir. Ancak bu UDB hizmetleri sadece bireylerin ihtiyacına göre karşılanmaktadır. Ve faydalanıcılara hizmetlerin tamamını ya da tamamına yakını ödeme sözü vermez. Aksine gelir durumuna göre hizmet vermektedir. Yani bireylerin geliri azaldıkça faydalanacağı hizmetler artmaktadır. Tersine durumda gelir yükseldikçe faydalanacağı UDB hizmetleri azalmaktadır. Bundan dolayı bu sisteme kademeli genel bakım sistemi ve/veya kişiye özel sistem olarak da bilinmektedir (Fernandez, 2009, ss3).

Bu sistemde yapılan yardımlar ülkeler arasında farklılık arz etmektedir. Hem aynı yardımlar hem de nakdi yardımlar yapılmaktadır. Fransa'da sağlık giderleri ve bakım evi hizmetleri sağlık sigortası kapsamında ele alınmaktadır. 60 yaşını aşmış

bireylere bakıma muhtaçlık seviyesine göre içinde bulunduğu gelir durumu da göz önünde bulundurularak nakdi yardım sağlanmaktadır. Yapılan yardımlar 530-1235 Euro arasındadır. Ancak UDB hizmetlerinden faydalanacak olan kişi eğer ki yüksek gelir grubunda yer alıyorsa alt eşik değer 530'dan 27 Euro'ya çekilir. Bu hizmetler her ne kadar yerel makamlarca yerine getirilse de ana bütçe kaynağı, merkezi bütçedir. (Bal, 2016, ss181)

Avusturya'da ise durum biraz daha farklıdır. GSYHI içindeki payı %1,2 olan Avusturya'da UDB maliyetlerinin büyük çoğunluğu devlet sübvansiyonu ile karşılanmaktadır. Bu sübvansiyonlar vergi gelirlerinden karşılanmaktadır. Her bireyin UDB hizmetlerinden faydalanma hakkı bulunmaktadır. Ancak bireylerin gelir durumu göz önünde bulundurularak her yıl katkı payı alınmaktadır (Bal, 2016, ss182).

3.3.3.3 Gelire Dayalı Ve Genel Kapsamlı Olan Sistemlerin Karışımı

Uzun dönem bakım finansmanı için bu modeli benimseyen ülkeler şu seçeneklerden birini kullanmaktadırlar.

1.İsviçre örneğinde olduğu gibi; evde UDB hizmetlerinin ve kurumsal hizmetin işinin ehli kişiler tarafından sağlık sistemi kapsamında yerine getirilmektedir. İsviçre genel sisteminde, hem evde bakım hizmetleri hem de kurumsal kapsamlı bakımı için sağlık sistemi tarafından karşılanmaktadır. Kişisel bakıma dair sorumluluğun yüzde altmışı hizmet alıcılarının yüzde kırkı ise sağlık sigortası tarafından sağlanmaktadır. Gelir durumlarına Göre 3 dereceye kadar ek ödeme imkânı sunulmaktadır.

2.Yeni Zelanda ve Kanada'nın da kullanmış olduğu bir profesyonel hemşirenin evde kişisel bakımı yerine getirmesi şeklindedir.

3.Bireylerin gelir durumlarına katkı paylarının ödendiği Yeni Zelanda sisteminde ise; evde kişisel bakım hizmetleri sağlık sigortası kapsamında karşılanmaktadır. Ancak kurumsal bakım hizmetlerinden faydalanmak istediği takdirde gelir durumunun gerektirdiği ölçütlere sahip olması gerekmektedir. (Bal, 2016, s184)

3.4 Türkiye İçin Uygun Uzun Dönem Bakım Sigortası Finansman Modeli

Bu başlık altında Türkiye'nin bir uzun dönem bakım sigortası kullanması gerektiği ve kullanması takdirinde nasıl bir model izlemesi gerektiği konusunda teorik bilgilere yer verilecektir.

Türkiye için UDB kapsamında kullanılan finansman modellerinden en uygunu (literatür ve veriler incelendiğinde) gelir ihtiyaç testi (Means-Tested) modelidir. Bu modeli aynı zamanda İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri de hâlihazırda kullanmaktadır.

Bu modelde öncelik gelir testi uygulanarak bireyin ihtiyacının saptanmasıdır. Ardından verilecek olan hizmete karar verilir. Verilecek olan bakım hizmetinin de kapsamının ölçülmesi için bir takım testler mevcuttur. Bu testleri (Ağören,2017, s12) şu şekilde sıralamıştır.

Bu ihtiyaç testi için OECD ülkeleri dört tane model kullanmaktadır.

ADL Modeli (Juchi Modeli): ADL(Juchi) modeli bünyesinde; beslenme, uyuma ve uyanma, hareket edilebilirlik kabiliyeti, vücut temizliği, tuvalet ihtiyacını tek başına karşılayıp karşılayamama, insani ilişkiler dâhil olmak üzere 12 adet günlük temel aktivite tanımlanmıştır. Hayatını idame ettirmek adına tanımlanan bu 12 günlük aktiviteden hareketle kişinin bakıma muhtaç olup olmadığına ve bakıma muhtaçlık derecesinin ne ölçüde olduğuna karar verilmektedir (Bal, 2016, ss185)

AEDL Modeli (Krohwinkel Modeli): ADL(Juchi) modelinde özellikle bakıma muhtaç yaşlı bireylerin psiko-sosyal durumunun ne boyutta olduğunun yeterince dikkate alınmamış olmasına eleştirel bakmış ve Monica Krohwinkel tarafından yeniden revize edilerek AEDL (Krohwinkel) modeli meydana getirilmiştir. Bu model bünyesinde de yaşamsal fonksiyonların idame ettirilebilme yeteneği, sağlıklı bir iletişimin kurulup kurulmaması, hareketlilik, beslenme, vücut temizliği, tuvalet ihtiyacının tek başına karşılama durumu, giyinme, sosyal ilişkiler, uyuma, uyanma, dinlenmenin de aralarında bulunduğu 13 adet temel günlük aktivite olarak tasarlanmıştır (Bal, 2016, ss185)

Gordon Modeli: Gordon modelinde, bakıma olan muhtaçlığın tespit edilebilmesi için beslenme, tuvalet alışkanlığı, hareket kabiliyeti, algılama, kendine

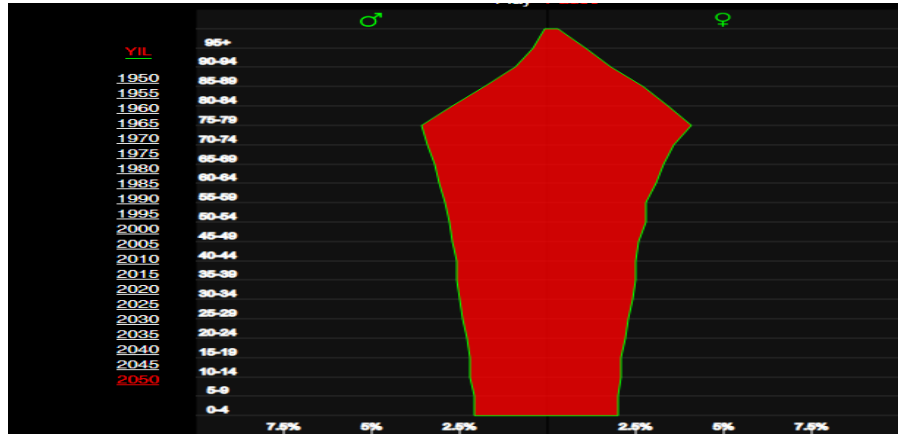
olan idrak durumu ve tanımının yanı sıra sosyal ilişkiler, strese karşı dayanıklılık gibi 9 adet kriter belirtilmiştir. Bu model türünde bakıma olan muhtaçlığın tespiti için psiko-sosyal unsurlara daha ağırlık verildiği görülmektedir (Bal, 2016, ss185)

Nanda-Reaksiyon Modeli: Nanda-Reaksiyon modeli bünyesinde bakıma muhtaçlığın tespiti için belirlenen ana kriterler; idrak-şuur, kendini ve başkalarını bilme ve tanıyabilme gücü, ayırt edebilme yeteneği, sağlıklı bir iletişim kurup kuramaması, bedenine olan temasa karşı tepkisi, hissetme yeteneği, hareket yeteneği, değer verme hissiyatı ve sosyal ilişkiler gibi maddelerdir (Bal, 2016, ss185).

3.5 Uzun Dönem Bakım Sigortasının Kullanıldığı Ülkelere Göre Yapısı

3.5.1 Japonya Uzun Dönem Bakım Sigortası

Japonya'nın nüfusu grafik 3.1 de yer alan nüfus piramidinden de anlaşılacağı üzere yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. Ayrıca ortalama yaşam beklentisi 83,84 ile en uzun yaşayan ülkeler arasında yer almaktadır. Yaşlı nüfusunun oldukça fazla olduğu bu ülkede yaşlı sağlığı büyük önem arz etmektedir.



Grafik 3.1 Japonya nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

Japon hükümeti 1 Nisan 2000 tarihinde radikal bir karar alarak uzun dönem bakım sigortasını zorunlu hale getirmiştir. Bu olay dünya çapında büyük ses getirmiştir. Japonya hali hazırda bir refah devleti olarak bilinmekte aynı zamanda aile bakımı geleneği ile ön planda olan bir ülkedir. Ancak 60 yaşın üzerindeki

insanların yarısından fazlası yatalak olsalar dahi çocuğu gelini ya da bir diğer aile üyesi tarafından bakılmaktadır (Yew, 2017, ss14).

LTCI programına geçerek “Kaigo Hoken” denilen bakım sigortasını zorunlu hale getirmiştir. Bu programa göre 40 yaş üstü bireyler hafif bir sakatlık olsa dahi zorunlu olarak bu sigortadan yararlanabilecektir. Bütün gelir seviyelerine ve ailelerin durumuna uygun olarak sağlanmaktadır. Program kurumsal ya da toplumsal temelli tüm maliyetleri kapsamaktadır. Diğer LTC programlarına benzer şekilde, Japon modelinde de nakit hibelerin yanı sıra evde bakım hizmetleri ve kurumsal hizmetler sunulmaktadır. Faydalanıcılar, ev ziyaretleri hemşirelik bakım hizmetleri ve hasta rehabilitasyonu gibi ev içi hizmetlerin yanı sıra resmi sağlık hizmeti sağlayıcıları ve toplum temelli hizmetler tarafından sağlanan diğer kurumsal bakım hizmetleri de alabilmektedirler. Japonya'nın LTC sistemindeki iyi uygulamaları, her hasta için ayrı ayrı sağlanan kişiselleştirilmiş hizmetlerden oluşmaktadır. Bu, Alman modelinden uyarlanan vaka yönetim sistemi ile mümkün hale getirilmiştir (Yew, 2017, ss14).

Vaka yöneticileri, ihtiyaç duyulan yardım düzeyini değerlendirecek ve hizmet sağlayıcılar ve faydalanıcılar arasında bir irtibat noktası olarak hareket edecek şekilde çalışırlar. Uygun kişi, vaka yöneticisi tarafından denetlenen sağlık değerlendirmesini almakla yükümlüdür. Sonuçlar sağlık mesleği mensupları, belediyeler ve uzun dönemli bakım hizmeti veren konseyler tarafından denetlenen vakalara aktarılacaktır. Yararlanıcılar, sağlık durumunun ciddiyetine göre altı gruba ayrılacaktır. Her grup, farklı bakım türleri, bakım yoğunluğu ve ücret çizelgesi için hak sahibidir. Bu durum; yararlanıcılar için zaman kaybı ve gereksiz maliyet bakım hizmetlerinin önlenmesine yardımcı olmaktadır (Yew, 2017, 14).

Diğer ülkelerin aksine, Japonya'nın sigorta şirketleri büyük maliyetler taşımaktadır. LTCI programı kapsamında, sigortalı kişi, hizmet maliyetinin sadece %10'unu ödemektedir. Program finansmanı 5 kaynaktan oluşmaktadır. Bunlar; Primer(birincil) prim 65 yaş ve üzerindeki yaşlı nüfusun aylık gelirinden (% 21), ikincil primi 40-64 yaş arası çalışan nüfusun gelirinden (% 29), vergi gelirlerinden (% 25), merkezi hükümet valilik hükümeti gelirlerinden (% 12,5) ve belediye yönetimi gelirlerinden (% 12,5) olarak tahsil edilmektedir. Bu harcamalar, diğer LTC harcamalarının özel hane halkının ödediği ve OECD tarafından paylaşıldığı diğer ülkelere farklıdır. Bututar ülkeler arasında şu şekilde değişmektedir: İspanya

(% 70), Amerika Birleşik Devletleri (% 41), Almanya (% 42) ve Avustralya (% 33) şeklindedir (Yew,2017 ss16).

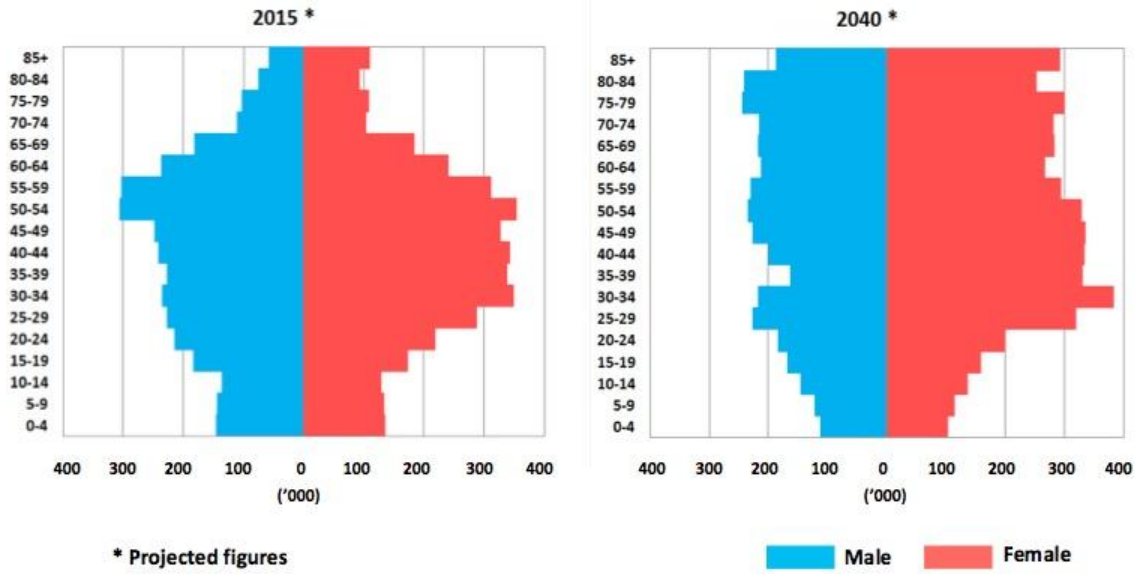
3.5.1.1 Finansman

Yeni LTCI programı esas olarak sosyal sigorta ilkeleri üzerinde çalışsa da, paranın yarısı genel gelirlerden alınacak şekilde finanse edilmektedir. Yani, yüzde 50'si ulusal kaynaklardan, yüzde 25'i de valilik ve belediyelerden karşılanmaktadır. Bu örüntü, esas olarak, genel gelirlerden gelen sübvansiyonlara dayanan sağlık sigortası için mevcut modeli genişletmektedir. Toplam LTCI'nin sosyal sigortaya ait harcamalarının yarısı iki yeni primden oluşmaktadır. Birincisi, kırk yaşından altmış dört yaşına kadar olan kişiler, sağlık sigortası primi için bir ek ücret ödeyeceklerdir. Bundan dolayı çalışanlar için başlangıçta aylık gelirin yüzde 0,9'uluk bir pay olacağı tahmin edilmektedir. Tavana kadar olan yüzdelik pay işverenle paylaşılacaktır. LTCI programına ait maliyetler sağlık sigortasına aktarılarak oluşturulan bu yeni primin beklenen tasarrufları azaltması beklenmektedir. Ancak sağlık harcamaları yükseldiği için düşüş kısmen dengelenecektir. İkinci prim olarak ise altmış beş yaş ve üstü kişilerin kamu emeklilik maaşlarından kesilme olacak şekilde yapılacaktır (Yew,2017, ss17).

Maliyetler gelire bağlıdır. İlk yıl ortalama aylık (\$26) olarak belirlenmiştir. Ancak ilk yılın sonunda yapılan değerlendirmeye göre 4,3 trilyon harcandığı gözlenmiştir. Bunun üzerine Japon Hükümeti 10 yıl içerisinde maliyetleri yüzde 10-15 oranında düşüreceğini açıklamıştır. Genel gelirlerden alacağı primlere oranla maliyetlerin birtutar azalacağı düşünülmektedir (Yew,2017, ss17).

3.5.2 Hong Kong Uzun Dönem Bakım Sigortası

Ortalama yaşam beklentisinin 84,5 olduğu Hong Kong'un yaşlanan nüfusu, artan yaşam beklentisi ve azalan doğurganlık oranının bir araya gelmesi ile yaşam süresinin uzun ve yaşlı bakımının gündemde olduğu bir ülkedir. Grafik 3.2'de gösterildiği gibi, yaşlı insanların artan oranı ve genç insanların azalan oranı 2040 yılında tersine çevrilmiş bir nüfus piramidi ile sonuçlanacaktır.



Grafik3.2 Hong Kong nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

Hong Kong hızlı yaşlanan bir nüfusla karşı karşıyadır. Ülkenin, 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının Asya'da 2050 yılına kadar (% 42) olması beklenmektedir. Bu kapsamlı ve sürdürülebilir bir LTC sistemi geliştirmek için büyük bir sebep niteliğindedir. Hong Kong'daki LTC, “işlevsel engelli, kendi kendini tedavi edemeyen, tıbbi açıdan istikrarlı ama çok ve uzun süreli bakım gerektiren” özelliklere sahip bireylere sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerin bir devamı olarak tanımlanmaktadır. (Yew,2017 ss15).

Çoğunlukla yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan yaşlılar olmasına rağmen, Hong Kong'taki LTC sadece yaşlı nüfusla sınırlı değildir. Diğer yaş gruplarını engelli ve uzun süreli bakım ihtiyaçlarını, yani felçli hastalarını kapsamaktadır. (Yew,2017 ss15).

Şu anda, Hong Kong'daki LTC hizmetleri, yatılı bakım hizmetleri (RCS) ve toplum bakım hizmetleri (CCS) arasında bölünmüş durumdadır. Toplum LTC hizmetleri ağırlıklı olarak sivil toplum kuruluşları (STK) tarafından sağlanırken, evde bakım hizmetleri hem STK'lar hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. (Yew,2017, s16).

Hong Kong hükümeti, STK'lara yaptıkları organizasyonlarda onları desteklemek amacıyla önemlütarda teşvik sağlamaktadır. Bununla birlikte, kullanım

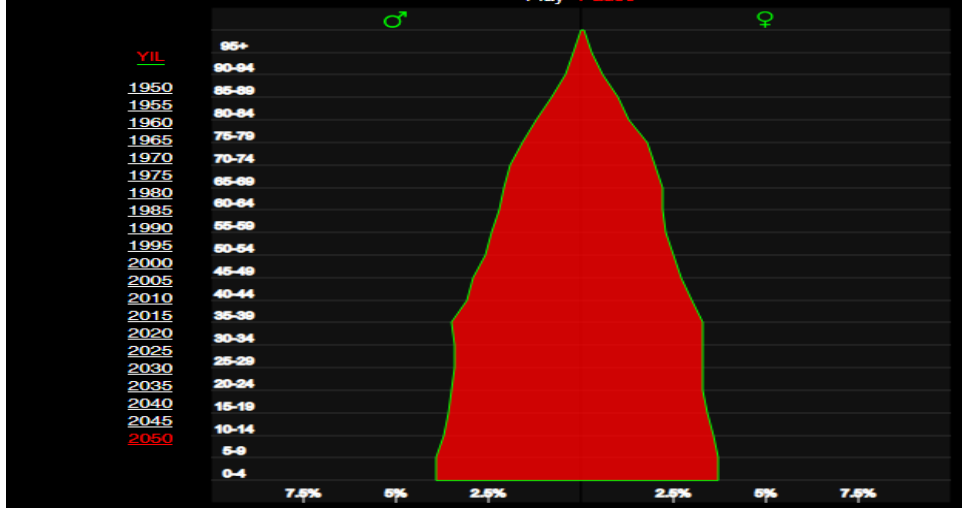
oranları ve hükümet finansmanı açısından konut ve toplum temelli bakım arasında bir dengesizlik söz konusudur. Hong Kong'daki kurumsallaşma oranları, diğer birçok gelişmiş ülkeyi geride bırakarak, konut bakımına büyük bir bağımlılık yaratmaktadır. Bakıcı yardımının da sağlandığı bir bakımevinde bir yer için bekleme listesi son derece uzundur ve 29 aylık bir süreye kadar uzayabilmektedir. Bakım için bir yer temin edebilen hizmet alıcısı, bakım evini en çok 19 aya kadar kullanılabilmektedir. Uzun bekleme listelerinin sorunlarının üstesinden gelmek için, hükümet, başvuranların bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek için yaşlı bakımı için standart bakım gereksinimi değerlendirme mekanizmasını uygulamaya koymuştur (Yew,2017 ss15).

3.5.2.1 Finansman

2004 yılı itibariyle, LTC harcama seviyesi% 1,4 seviyesinde gerçekleşmiştir LTC sistemini finanse etmek için vergilere bağımlı olmasından ötürü, hükümetin mali yükünü giderek arttırmıştır. Kamu bakımevinin ücretinin ayda 42 ABD Doları ile 47 ABD Doları arasında standartlaştırıldığı ve kullanılan tesislere bağlı olarak, toplum bakımı hizmeti kullanıcıları için düşük bir ücret alındığı anlamına gelmektedir. Yakın zamanda, yaşlı bireyler için ihtiyaç duydukları toplum bakım hizmetlerini seçmelerine olanak tanıyan yaşlılar için toplum bakım hizmeti makbuzu üzerine bir pilot uygulama düzenlenmiştir (Yew,2017 ss15).

3.5.3 İsrail Uzun Dönem Bakım Sigortası

İsrail yaşlı nüfusunun grafik 3. 3'te yer alan bilgilere göre 2050'li yıllarda %15 artacağı gözlenmektedir. Yaşlı nüfusunun yoğunlukta olduğundan tedbir için yaşlı sağlığna önem verdiklerinden UDB sigortasını kullanmaktadırlar.



Grafik3. 3 İsrail nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

İsrail'deki Uzun Vadeli Bakım Sigortası Programı (LTCIP), 1988'den beri Ulusal Sigorta Enstitüsü (NII) tarafından yönetilen bir sosyal güvenlik programıdır. LTIP ev tabanlı kişisel bakımı kapsamakla birlikte Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından yönetilmektedir. Program istihdam temelli bordro ile finanse edilmektedir. Sigorta için hem çalışanların hem de işverenlerin katkıları zorunludur. Maliyetin bir kısmı genel gelirden finanse edilmektedir. LTC hizmetleri aynı zamanda en yüksek gelirli hanehalkı hariç tutmak koşuluyla İsrail'in bir gelir testi aracı niteliğindedir. LTCIP 1988 yılında İsrail parlamentosu KNESSET tarafından onaylanmıştır. Ancak 7,5 yıl sonra yürürlüğe girmiştir (Asiskovitch, 2013, s2).

LTCIP birkaç ilkeye dayanmaktadır. Bir sosyal güvenlik programı olduğundan zayıf yaşlı insanlara hizmet vermesi beklenmektedir. Kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından aynı yardımlar tarafından desteklenmektedir. Evde bakım hizmetini de içermektedir. Yaşlılar için temizlik yemek ve diğer ihtiyaçları karşılamak için gerekli hizmetler sağlanmaktadır. Aynı zamanda bakım merkezlerinde gerekli tüm ihtiyaçlar finanse edilmektedir. Programdan yararlanacak olan kişinin; İsrail vatandaşı ya da daimi ikamet eden biri olması, emeklilik yaşının üstünde olması, erkekler için 67 kadınlar için ise 62 yaş üstü olması gerekmektedir. Ayrıca hizmet kullanıcısının herhangi bir devlet ödeneği almaması, kullanıcının kendisinin ve eşinin gelir testini geçmesi gerekmektedir. Hizmetlerin türü ve hizmet sağlayıcılarının kimliği yerel bir LTC komitesi tarafından yürütülmektedir. (Asiskovitch, 2013, ss2)

Programdan yararlanabilmek için bağımlılık testi uygulanır. Tablo-3.2 de görüldüğü üzere üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda bireyin günlük yaşamın temel aktivitelerinin (ADL) banyo temizlik yeme-içme tuvalet ihtiyacı giderme gibi ihtiyaçlarını karşılarken bir başkasının yardımına ne ölçüde ihtiyaç duyduğu test edilir. İkinci kısımda bilişsel psikolojik ve fiziksel nedenlerden dolayı kalıcı veya kısmi rahatsızlıkları denetim altına alan gerekli sınırlamaları içerir. Üçüncü kısımda yalnız yaşayan bireyler için kurumsal bakıma olan ihtiyaç test edilir. Böylelikle toplam bağımlılık puanı 0-11 arasında bir değere karşılık gelmektedir (Asiskovitvh, 2013, s3)

Tablo-3.2 Bağımlılık Testinin Bileşenleri

Criteria for assessment	Score / Range of scores
ADL	0-8.5 in leaps of 0.5 (9 in rare cases can an individual score 1 in both 'falls' and 'mobility')
Occurrence of falls	0-1
Mobility in the home	0-1
Dressing	0-1
Bathing	0-1.5
Eating and cooking	0-1.5
Control of urine and bowel movements	0-1, 2-3
Need for supervision	0, 4 (partial); 2.5 until 31/12/2011), 9 (constant)
Living alone	0.5 (for those with 0-4 points in other parts), 1 (for 85 years-old blind persons living alone), 2 (for those with 4.5-9 points in other parts)
Total	0-11

Tablo-3.3'de programdan yararlananlar arasında günlük yaşam aktivitelerinin ortalama puanını yansıtmaktadır. Tabloda bireyin engellerinin ve onların şiddetinin yaşlılıktaki bağımlılık sürecinin arttırdığı gözlenmektedir. Bağımlılık puanı 9 ve neredeyse 11 olan bireylerin ihtiyaçları denetim yolu ile belirlenir ve karşılanır. Puan arttıkça fiziksel engel aralığı da genişlemektedir. (Asiskovitvh,2013:4)

Tablo-3.3: LTCIP yararlanıcılarının ADL puanları

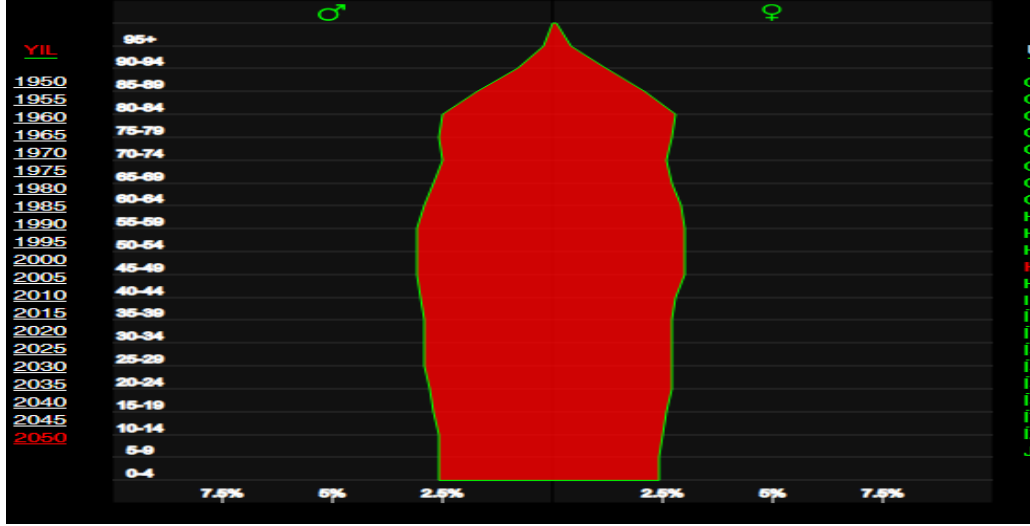
Dependency score	Number of individuals	Bathing	Dressing	Mobility in the home	Occurrences of falls	Control of urine and bowel movements	Eating and cooking	Need of Supervision	Living Alone
2.5	34,478	0.70	0.91	0.01	0.06	0.15	0.42	0.06	0.25
3	21,962	0.81	0.94	0.03	0.07	0.29	0.47	0.15	0.33
3.5	10,088	0.84	0.97	0.13	0.12	0.65	0.50	0.07	0.28
4	6,469	0.93	0.98	0.31	0.12	0.92	0.51	0.07	0.23
4.5	4,259	0.98	0.98	0.40	0.17	1.13	0.52	0.06	0.31
5	2,209	0.99	0.99	0.50	0.08	1.91	0.52	0.06	0.00
5.5	1,098	1.15	0.99	0.55	0.14	2.14	0.54	0.07	0.07
6	5,267	1.31	1.00	0.62	0.18	2.34	0.56	0.06	0.00
6.5	10,065	1.20	0.99	0.52	0.26	1.78	0.58	0.06	1.16
7	8,852	1.13	0.99	0.57	0.14	2.12	0.58	0.05	1.46
7.5	5,482	1.20	1.00	0.59	0.19	2.24	0.62	0.06	1.66
8	4,239	1.31	1.00	0.64	0.22	2.43	0.67	0.07	1.74
8.5	2,399	1.39	1.00	0.72	0.23	2.56	0.63	0.05	1.96
9	15,282	1.24	0.92	0.48	0.15	1.84	0.73	7.38	0.36
9.5	1,056	1.49	1.00	0.89	0.28	2.80	1.03	0.08	2.00
10	600	1.50	1.00	0.96	0.22	2.95	1.37	0.09	2.00
10.5	60	1.49	1.00	0.93	0.76	2.93	1.39	0.13	2.00
11	12,436	1.13	0.87	0.33	0.15	1.42	0.68	8.99	2.00

3.5.1.1 Finansman

LTCIP, NII tarafından harcama açısından uygulanan en hızlı büyüyen programlardan biri haline gelmiştir. Yirmi yılı aşkın bir süredir, LTCIP'nin NII'nin toplam sosyal güvenlik ve gelir desteği harcamaları içindeki payı % 2'den % 6,9'a yükselmiştir. 1989'dan 2011'e kadar LTCIP harcamaları yaklaşık 8,2 kat artmıştır. 511 milyon NIS'den aylık ortalama alıcı sayısındaki artışa kıyasla (2011 fiyatlarıyla) 41213 milyon NIS (yaklaşık 6,8 kat) artmış durumdadır. Fakat yıllar içerisinde sigorta primleri ve Maliye Bakanlığı'nın katkı payları azalmıştır. (Asiskovitvh, 2013, s.4)

3.5.4.Hollanda Uzun Dönem Bakım Sigortası

Yaşlı nüfusunun hızla arttığı, Grafik 3. 4'te de görüldüğü üzere 2050 yılında yaşlı nüfusunun iki katına çıkması beklenmektedir. Ortalama yaşam süresinin 82,0 olduğu Hollanda'da yaşlı bakım sağlığı konusunda birçok çalışmalar yapılmaktadır.



Grafik 3. 4 Hollanda Nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

Hollanda'daki LTC hizmetleri evrenseldir ve bireylere ihtiyaçları dâhilinde verilmektedir. 2015'ten önce, LTC Genel Olağanüstü Tıbbi Giderler Yasası (AWBZ) kapsamında sınıflandırılmıştır. Daha önce, özürlü, kronik zihinsel sağlık bakımı ve yaşlılara bakım hizmeti sunan zorunlu bir sigorta kullanılmakta idi. (OECD, 2011). Bununla birlikte, 2015'ten beridir LTC, uzun vadeli bakım yasası olan AWBZ'nin yerine sosyal destek yasası olan yeni yasa ile yönetilmektedir.

Önceki dönemden farklı olarak, uzun süreli bakım yasası, toplumdaki en savunmasız grupların, demansın ileri evrelerindeki yaşlı insanlar, ciddi fiziksel veya zihinsel engelli kişiler ve uzun süreli psikiyatrik bozukluklara sahip insanlar gibi hedef gruplarından oluşmaktadır. Sosyal Destek Yasası'na gelince, hem fiziksel hem de zihinsel engelli kişileri kapsamaktadır. Hem gençleri hem de yaşlıları, örneğin öğrenme güçlüğü olanları ve çok ağır hastalıkları olan yaşlıları da içerir (Yew, 2017, s.17).

Sosyal Destek Yasası merkezi değildir ve hizmetler yerel yetkililer veya belediyeler tarafından uygulanır. Hizmetler gözden geçirilmiş ve şu anda iki geniş kategoriye ayrılmıştır - "Genel hükümler bir bütün olarak topluma yöneliktir: yerel toplum merkezindeki sabah kahveleri, yaşlıları evlerinden alıp iş yerlerine götürme, yemek hizmeti, tekerlekli sandalye hizmeti, 75 yaş üstü tüm bireyler için ücretsiz ulaşım hizmeti sağlanmaktadır (Yew, 2017, s.18).

Hollanda'daki LTC, üç ana kategoride sınıflandırılabilir: resmi olmayan bakım, evde resmi bakım ve resmi kurumsal bakım (Mot E. et all, 2010). Resmi olmayan bakım çoğunlukla kadınlar tarafından ebeveynlerine veya eşlerine verilmektedir. 2007 yılında, yaklaşık 1,7 milyon gayri resmi bakıcıdan% 61'i kadındı. Genelde duygusal destek, ev işi yapmak, yaşlılara refakatçılara ziyaretler sırasında eşlik etmek ve idare sürecine yardımcı olmak, yılda üç aydan fazla ve ortalama olarak ise beş yıldan fazla sürebilmektedir (Yew, 2017, s.18).

Evde bakım hizmeti; evde bakım kurumları, mesken evleri ve bakım evleri tarafından sağlanmaktadır (Schäfer vd, 2010, ss78). Evde bakım hizmeti; (örneğin bir hastalıkla nasıl başa çıkılacağı, pansuman yaraları, ilaç tedavisi ile ilgili tavsiyelerde bulunma), kişisel bakım (örn. giyinme, banyo yapma, kişisel hijyen, yeme ve içme ile ilgili yardım), evde yardım ve temizlik (temizlik, toplama ve yemek hazırlama gibi), gündüz bakımı, geçici bakım, gece bakımı, yardımcı cihaz ve Alpha Care adı verilen özel bir servis olan ev hanımları tarafından sağlanan evde bakımdan oluşur. Geniş bir hizmet yelpazesi olmasına rağmen, evde bakım hizmeti alan on kişiden sadece dörtte biri, ev temizliği konusunda yardım almaktadır. Yukarıda bahsedilen hizmetlerden, yerel yetkililer tarafından sağlananlar (örneğin, yardım ve gündüz programı, ulaşım ve korunaklı konaklama), topluma katılmakta güçlük çeken veya kendilerine bakamayan ya da korunaklı konaklama ya da desteğe ihtiyaç duyan kişilere verilir. Amaç, insanların toplumun üretken üyeleri olmaya devam etmelerini ve evlerinde yaşamaya devam etmelerini sağlamaktır. (Yew, 2017, ss.17).

3.5.4.1 Finansman

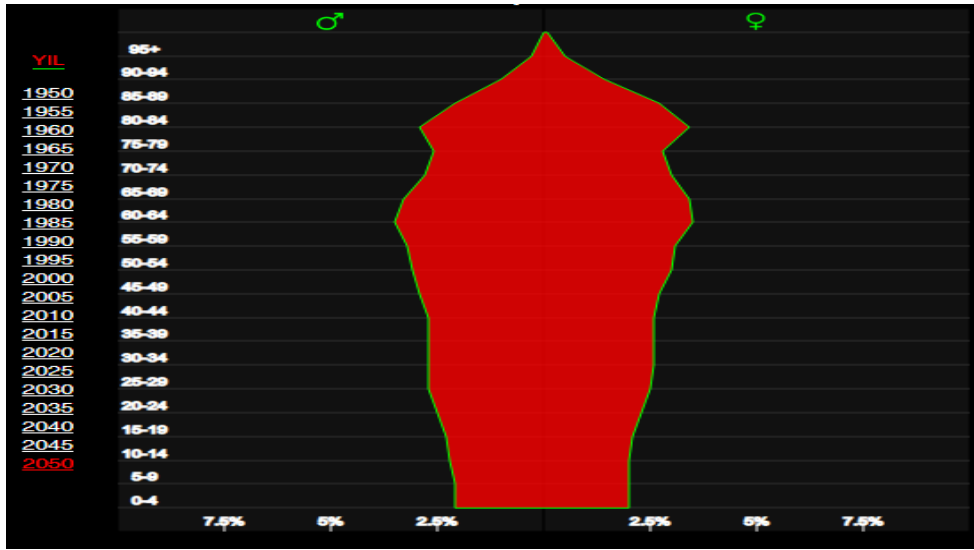
Hollanda'daki bütün vatandaşlar, zorunlu sosyal sigorta için gelir vergisi üzerinden gelir seviyelerine göre zorunlu bir katkı yapmak zorundadırlar. Prim tutarı, gelir vergisinin sabit bir yüzdesine (% 9.65) veya azami 33.589 Avro 'ya dayanmaktadır. Tüm katkılar Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından yönetilen Uzun Vadeli Bakım Fonu'na yatırılmaktadır. Hükümet ayrıca, fonlar çok düşükse, vergi katkıları yoluyla kamu fonlarını da toplamaktadır (Yew, 2017, ss.17).

Sosyal sigorta programı kapsamında, bireyler sözleşmeli bakım hizmetlerini veya kişisel sağlık hizmetlerini tercih edebilirler. Bakım hizmetlerini satın alma ve organize etme sorumluluğu bireyler ya da temsilcileri üzerinde düştüğünden, kişisel

sağlık sistemini seçenlerin, hizmetlerini en üst düzeye çıkaracak en iyi bakım hizmetlerini seçmek için rasyonel oldukları varsayılmaktadır. Ayrıca, kişisel sağlık hizmetleri bütçesi altındaki fonların Sosyal Sigortalar Bankası tarafından yönetildiği, Merkezî İdare Bürosunun da sözleşmeli bakımı yönettiği belirtilmelidir. Kişisel bütçe planı aracılığıyla, aile üyeleri daha sonra ücretli bakıcı olarak işe alınabilir. Bu finansman biçimlerinin yanı sıra, sosyal sigorta sisteminin kötüye kullanımını en aza indirmek için, cebri ödeme biçimindeki cepten ödeme de kullanılmaktadır (Yew, 2017, ss.17).

3.5.5. Almanya Uzun Dönem Bakım Sigortası

Almanya'nın nüfusu hızla arttığı grafik-3. 5'te görülmektedir. Şuan %21,5 olan yaşlı nüfusunun 2050 yılında %30 a çıkması beklenmektedir. Artan bu yaşlı nüfus, yükselen hizmet maliyetleri ve artan maliyetler karşısında UDB programının finansal istikrarını ele almak için baskı yaratmaktadır.



Grafik-3. 5 Almanya nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

Alman uzun vadeli bakım sigortası sistemi 1995 yılında yürürlüğe girmiş olup 1996 yılında tam kullanıma geçilmiştir. Sistem Güney Kore sistemine benzer şekilde işveren ve çalışan katkılarıyla finanse edilmektedir. Almanya, 2014 yılında

131 kar amacı gütmeyen Hastalık Fonu tarafından işletilen daha geniş ulusal sosyal sigorta programının bir parçası olarak uzun süreli sakatlık ve hastalık için zorunlu teminat sunmaya başlamıştır. Almanya, hâlihazırda kurulmuş olan bu yönetim sistemlerini kullanarak hem idari kapasitelerde ölçek ekonomileri yaratmayı hem de uygulama yükünü hafifletmeyi başarmıştır. Güney Kore'ye kıyasla, uzun vadeli bakım sigortası katkı oranı Almanya'da şu anda çok daha yüksektir. Daha cömert bir yardım paketi olarak brüt maaşın yüzde 2,05'ni yansıtmaktadır. Katkı oranı, Ocak 1995'ten itibaren brüt kazancın yüzde 1'lik seviyesinden sabit bir şekilde artmıştır. Formel sektördeki işverenler ve çalışanlar prim maliyetini bölmüştür. Emekli maaşları primin yarısını ödeyecek ve emeklileri kapsayan özel bir programın olmadığı için Kore'nin aksine, emekliyi kapsayan emeklilik fonu diğer yarısını ödemektedir. Kore'de, emekliler LTCI tarafından otomatik olarak abonenin bağımlıları olarak kapsanır veya primlerini kendi hesabına çalışanlar ile aynı şekilde ödenir.(Nadash ve Cuellar, 2017, ss.588).

2005 yılında kayıt dışı bakımın olma ihtimaline karşın çocuksuz bireyler için LTCI prim oranına 0.25'lik bir ilave yapılmıştır. Sağlık sigortası ve sosyal LTCI katkıları 2014 yılında 48.600 dolar gelir yüzdesinin tavan oranı olarak belirlenmiştir. İşlerinin sosyal güvenceye tabi tutulması, kendi kendini istihdam eden kişiler, Kamu Görevlileri ve sosyal güvenlik eşliğinin üzerinde ücret geliri olan kişiler sosyal sağlık ve LTCI katkılarından muaftırlar, ancak yüksek düzeye uygun olarak hazırlanan özel kapsam sigortasını satın almak zorunda kalırlar. 1940'tan önce doğan insanlar, 23 yaşından küçük olanlar, orduda olanlar ve işsiz kalanlar. Sigorta sistemine ödeme yapmaktan muaftırlar. 2004 yılından önce emekliler emeklilik fonundan sübvansiyon alırlardı. Ancak 2004'ten sonra LTCI katkılarını cepten ödemek zorunda kalmışlardır (Nadash ve Cuellar, 2017, ss.588).

Almanya LTCI programında yaş kriteri bulunmaksızın tüm vatandaşlar yararlanabilmektedirler. Yararlanacak olanların uygunluğunu belirleme yöntemi olarak tıbbi inceleme kurulu tarafından zorunlu kılınan spesifik kılavuzlar altında bakım seviyelerini değerlendirirler. Yardım alacak olan kişilerin en az 6 ay iki ADL ve günlük yaşamın bazı araçsal faaliyetlerini yerine getirmede yardıma ihtiyaç duymaları gibi sınırlamalar mevcuttur (Nadash ve Cuellar, 2017, ss.588).

Diğer ülkeler ile kıyaslandığında göze çarpan farkların yanı sıra Almanya’da uzun dönemli özel sağlık sigortası uygulaması, diğer ülkelerde olduğu gibi, sigorta şirketlerinin veya poliçe sahiplerinin tercihi ile değil, yasal düzenleme sebebi ile ortaya çıkmıştır. 2009 öncesi uzun dönemli özel sağlık sigortasında yaşlılık rezervlerinin taşınamaması nedeniyle sistemdeki bireyler için rekabetin düşük olduğu ve sigorta şirketlerinin sisteme yeni giriş yapacak kişilere yöneldiği görülmektedir. Bu dönemde sigorta kapsamındaki bireylerin sigorta firmalarına olan uzun dönem bağlılığı sigorta şirketlerine avantaj sağlamaktayken rezervlerin taşınabilmesine izin verilmesiyle rekabetin artması ve sigorta sahipleri için seçeneklerin çoğaltılması sağlanmıştır. Ayrıca bu durum neticesinde sigorta şirketlerinin yüksek maliyetli segmentlerin yardım taleplerini yönetmesinin kolaylaşacağı düşünülmektedir. Rezervlerin taşınabilmesi durumu denge primlerinin sık revize edilmesi halinde kullanıcı için alternatif çözüm önerisi sunmaktadır. Sigortalının bağlılığını gözeten sigorta şirketlerinin primlerde yapılacak düzenlemelerden mümkün olduğunca kaçınması amaçlanmıştır (Nadash ve Cuellar, 2017, ss.588).

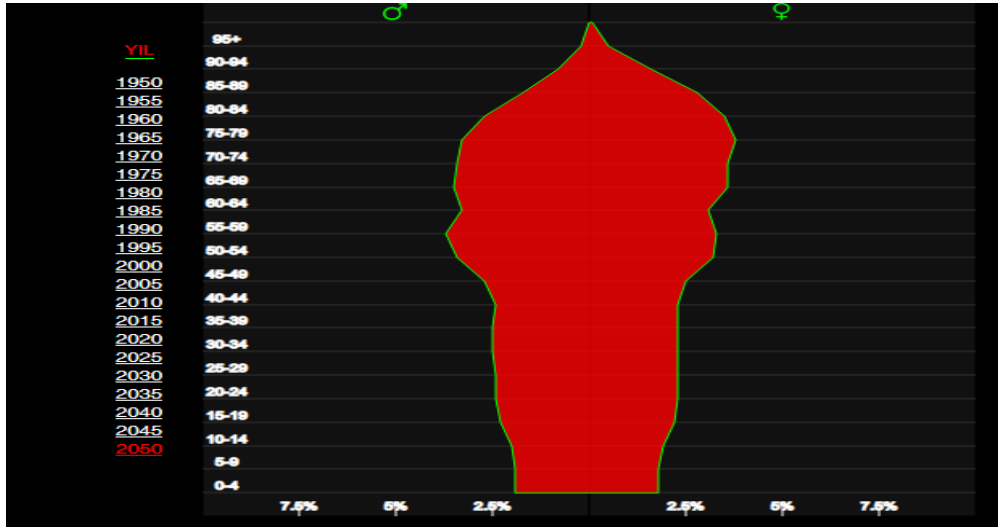
3.5.5.1 Finansman

Federal hükümet tarafından, LTCI genel bütçesi, katkı oranları, fayda seviyeleri, ve uygunluk kriterleri yasalarca belirlenmiştir. Ayrıca LTCI kullandıkça öde programı mevcuttur ve bu program özel sağlık sigortaları tarafından yönetilmektedir. Bireysel katkı oranı çocuksuz bir yetişkinin ödeyebileceği tavan ücretinin %2,5’i kadardır. İşverenler emekli maaşı için tam prim öderken, uzun dönem bakım sistemi programı için primlerin yarısını öderler. Programa katılım zorunlu tutulmaktadır. Çalışanlar program dahilindedir. İstihdam dışı olan bireyler ise hane halkı sigorta primi kapsamında değerlendirilmektedirler. Programdan yararlanmak için herhangi bir yaş kriteri bulunmamaktadır. Dileyen herkes yararlanabilmektedir. Ancak programa katılan bireylerin büyük çoğunluğu 65 yaşın üzerindeki yaşlı kişilerdir. Programdan yararlanmanın iki yolu bulunmaktadır. İlki profesyonel uzun dönem bakım ve sağlık hizmetini direk almak, ikincisi ise aile üyelerinden birinin ya da gönüllü birinin bakım hizmetinin vermesi karşılığında nakit desteğin yapılmasıdır. Nakit ödeme yolu hem en çok tercih edilen hem de profesyonel bakım hizmetinden nispeten daha ucuz konumdadır. Nakit ödemeler tutarı bağımlılık seviyesine dayanmaktadır. Aylık ödemeler 283 £ (en düşük) ile 1,784 £ (en yüksek) arasında değişim göstermektedir. Fakat nakit ödeme

yolu ile tercih edilen bakım hizmeti, hem eksiklikler ile doludur hem de profesyonel hizmet değildir. Ayrıca tüm masrafları da karşılamamaktadır (Glendinning ve Wills, 2018, ss.1)

3.5.6. Kore Uzun Dönem Bakım Sigortası

Kore nüfusu hızla yaşlanmaktadır. 2050 yılında 52 yaş üstü yaşlı nüfusun grafik-3.6'da da görüldüğü üzere kore toplam nüfusunun yarısını geçeceği tahmin edilmektedir. Korede 65 yaş üstü nüfusu şimdiki oranı % 13,1 iken bu oran 2060 yılında %52,6'ya çıkacağı tahmin edilmektedir.



Grafik-3.6: Kore nüfus piramidi

Kaynak: worldlifeexpectancy,2018

Kore'de, uzun vadeli bakım sigortası yasası (LTCI) Nisan 2007'de Ulusal Meclis tarafından kabul edilmiştir. Ulusal zorunlu yaşlılık yasası Temmuz 2008'de uygulamaya resmen konulduktan sonra, yaşlıların refah yasası uyarınca daha önce sadece yoksullar için seçmeli olarak sağlanan yaşlılar için “hemşirelik bakımı” tüm yaşlılar için açık hale getirilmiştir. (Won, 2012, s.2)

UDB sisteminin uygulanması siyasi açıdan bir sorun teşkil etmeye başlamıştı. Siyasi seçmen olarak yaşlılar yüksek katılımcılardan oluşmakta idi. Kore lideri siyasi politika için bir teşvik kaynağı olarak UDB sistemini yürürlüğe koymuştur (Kwon, 2008, s.119). Toplum genelinde ailelere bir yük konumunda olan yaşlıların bakımı için yardım sağlayacak bu UDB programına toplumun geneli tarafından büyük

destek sağlanmıştır. Kadınların işgücüne katılımındaki artış sistemin yaygınlaşmasına büyük olanak sağlamıştır. Bakım yükü netice olarak kadının (ailenin en büyüğü veya gelinin) sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Uygulama sonrası kamuoyu oldukça olumlu sonuçlar vermiştir. 2009 yılında Koreli yaşlıların yüzde 74,9'u ve onların bakıcıları yeni sisteme ait memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Bu oran 2011 yılında yüzde 86,9'a yükselmiştir (Chon, 2012, ss.219)

3.5.6.1 Finansman

Sistemin dört finansman kaynağı bulunmaktadır. İlk olarak, tüm katılımcılardan Ulusal Sağlık Sigortası sistemine yapılan katkılar toplanır. Resmi olarak istihdam edilen kişiler için, ücretin yüzde 0,38'i işveren ve çalışan tarafından eşit oranda ödenen (her biri yüzde 0,19) bir katkı oranından oluşmaktadır. LTCI ve sosyal sağlık sigortaları için yapılan bağışlar Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından toplanmakta, ancak ayrı ayrı yürütülmektedir. Serbest çalışanların (çiftçiler dâhil) katkıları, bireyin gelirini, mülkünü ve diğer varlıklarını yansıtan bileşik puanlarla belirlenmektedir. İkincisi, hükümet, katkısı beklenen katkı gelirlerinin yüzde 20'sini temsil eden genel vergilerden ek fonlarla LCTI katkılarını desteklemektedir. (Cuellar, 2000, s.14)

Üçüncü olarak, devlet ve yerel yönetimler, sosyal yardımlar için uygun olanlara Güvenlik Programı, (BLSP) ile tam katkı sağlamaktadırlar (bu temel geçim olarak adlandırılmaktadır). Çoğu zaman yoksulluk içinde yaşayan, ancak gelir, varlıklar ve akrabaların yardımının bulunabilirliği dâhil olmak üzere BLSP için sıkı uygunluk şartlarını yerine getirmeyen ikinci yoksul vatandaşlar grubunun katkısının yüzde 50'sini sübvansede etmektedirler. Son olarak, ev bakım hizmetleri için maliyetlerin yüzde 15'ini ve kurumsal bakım hizmetleri için maliyetlerin yüzde 20'sini koasürans etmektedir (Campbell, 2005, ss.31).

Sonuç olarak, Seul Büyükşehir Hükümeti 2013 Temmuz ayında yoksullar için LTCI faydaları için cepten yapılan harcamaları sübvansede etmeye başlamıştır (Rhee vd, 2015, s.1321).

3.5.7 Amerika Birleşik Devletleri Uzun Dönem Bakım Sigortası

ABD’de evde yaşlı bakım hizmetleri 1800’lerin başında bir dini sorumluluk olarak yerine getirilmekte idi. Bu hizmetler çoğunlukla yoksul hastalar için hemşirelerin görevlendirilmesi ile başlamıştır. İlk evde bakım hizmetinin resmiyeti 1898 yılında Los Angeles Sağlık Departmanının fakir hastaları evlerinde ziyaret etme amacıyla diploması olan hemşire ve sağlık görevlilerini ücret mukabilinde işe alması ile başlamıştır. 1900’lü yılların ortalarına doğru gelindiğinde; yaşlı nüfusun artması ve beraberinde birçok kronik hastalığı da getirmesinden kaynaklı olarak sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak bir sigorta kurulmasının gerekliliği ön görülmüştür. Bu sebeple; 1965 yılında Medicare ve Medicaide sigortaları yasalaşmıştır. Bu sigortaların yasalaşmasının ardından, ABD’de bakım hizmeti veren kurum ve kuruluşlar hızla artma eğilimi göstermiştir (Cimete, 1998 ss.7).

3.5.7.1 Medicare Ve Medicaide Sağlık Bakım Sigortaları

Medicare; 65 yaş ve üstü yaşlı kişileri, engelli olan tüm bireyleri kapsayan federal hükümet tarafından finanse edilen bir sağlık bakım sigortasıdır. Ancak bu evde bakım sigortasından yararlanabilmek için evden dışarı dahi çıkılmayacak kadar yardıma muhtaç olunması gerekmektedir. Medicare’nin yasalaştırılmasındaki en temel amaç hastane yatış sürelerinin daha da kısaltılmasıdır. (Feder ve diğ., 2000, ss44)

Medicare ihtiyaç durumuna, A, B, C, D olmak üzere dört guruba ayrılmaktadır. A grubunda; sağlık hizmetinin hastanede yatarak verilmesi gereken hastalar, terminal döneminde olan yani altı aydan az ömrü kalan kimseleri ve evden dışarı dahi çıkamayacak kadar bakıma ihtiyaç olan kişileri kapsamaktadır. Hizmet alımında; hizmeti alan kişi veya eşi çalışmış olduğu süre boyunca gerekli primleri ödemiş ise bu hizmetleri alması için ek bir ödeme yapması gerekmeyecektir. Eğer ki primler ödenmemiş ise yine sağlık hizmetini belirli koşullar altında alabilmektedir. (www.medicare.gov).

Medicare kapsamında verilen hizmetler; belirli zaman aralıkları ile hemşirelerin ev ziyaretlerini gerçekleştirilmesi, hem tıbbi hem sosyal birtakım hizmetlerin verilmesi, gerekli fizik tedavinin yapılması, mesleki ve konuşma terapilerinin yapılması gibi hizmetlerdir. Bu hizmetler hastanede yatış ve tedavi sürecine oranla hem daha az maliyetli hem de bireyler tarafından daha çok tercih edilmektedir. (Hartman vd., 2007, ss.255).

B grubu medikal/tıbbi sigorta kolu olarak tanımlanmaktadır. Hasta bireyin hastalığının tanım ve teşhis edilmesinin ardından tedavi süreci için gerek olan hizmetler için medikal malzemeler ile gerekli önlemlerini sağlama çalışmalarını kapsamaktadır. B grubu için de hizmetlerin alınabilmesi için primlerin düzenli ödenmiş olması gerekmektedir. Ancak bazı hizmetler için ek ödeme de gerçekleştirilebilir. (www.medicare.gov).

C bölümü Medicare'nin avantajlı olan bölümünü oluşturmaktadır. Medicare tarafından kabul görmüş bazı özel kurumlar tarafından sunulan sağlık bakım hizmetlerini içermektedir. A ve B gruplarındaki sağlık hizmetlerinin hepsini almaya erişim haklarının olmasının yanı sıra bakım hizmetinin ve tedavi planının şekline göre farklı diğer hizmetleri de alabilmektedir. (www.medicare.gov).

D grubu ise reçete ile verilen ilaçlarla alakalı olup; Medicare sigortasına sahip herkesin çeşitli reçeteli ilacı kapsayan planlardan birini seçmesini kapsamaktadır.

Medicaid ise; gelir durumu düşük olan bireylerin uzun dönem bakım masraflarını karşılayan bir ortak ödeme planı olan hükümet programıdır. Bu ortak plan eyaletler uygulamaktadır. Medicaid'den yararlanmak için gerekli olan şartlar tüm eyaletlerde farklı olarak uygulanmaktadır. (www.medicare.gov).

Medicaid'den bir bireyin yararlanabilmek için; gelir durumunun çok düşük olması ya da bakım masrafları yüzünden yoksullaşmış olması gerekmektedir. Medicaid kapsamında huzur evinde kalan bireyin bakım masrafları karşılanır. (Feder vd., 2000, ss.44).

ABD'de uzun dönem bakım hizmetleri büyük bir sektör haline gelmiş durumdadır. İlk etapta sağlık harcamalarının içerisinde küçük bir paya sahipken her yıl harcamaların sürekli artması ile ortalama %20'lik bir artış göstermiştir (Feder vd., 2000, ss.40).

Medicare'nin uzun dönem bakım kapsamında daha da yaygınlaşması için eyaletler uzun uğraşlar göstermektedir. Hatta huzur evi bakımlarına sınırlar koyulmakta, huzur evlerinin kaynak dağılımlarının kısıtlanması için politikalar yapılmaktadır. (Selek,2010:7)

2015 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan nüfus sayımına göre nüfusu 326.477.013 milyon kişidir. Bunun %14,9'una tekabül eden 47,8 milyon kişi 65 yaş ve üzeridir. ABD günden güne yaşlanan bir ülke konumundadır. Yapılan son

nüfus projeksiyonlarına göre; 2060 yılına gelindiğinde, yaşlı nüfusun 98,2 milyon kişi olması beklenmektedir. Bu da her dört Amerika vatandaşından biri yaşlı olacaktır anlamına gelmektedir. Ayrıca bu yaşlı nüfusun 19,7 milyon kişisi 85 yaş ve üzeri olacaktır.(www.census.gov,2018)

3.5.7.2 Finansman

Hem eyalet hem de federal yönetimlerin; yasama, yargı, yürütme yetkileri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (Health and Human Services-HHS) tarafından gerçekleştirilmektedir. (Rice vd., 201, s.26). Sağlık ve sosyal araştırmaların yapılması, salgınla Medicaid'ın önlenmesi ilaç güvenliği gibi sağlık hizmetleri HHS kapsamında yer alır. Medicare Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, Ulusal Sağlık Enstitüsü, Sağlık Kaynakları ve Hizmetleri İdaresi, Sağlık Hizmeti Araştırma ve Kalite Kurulu, Gıda ve İlaç Yönetimi, Medicaid ve Medicare Geliştirme Merkezi, Hasta Merkezli Sonuçlar Araştırma Enstitüsü HHS altında yer alan başlıca kurumlardır. (Mossialos vd., 2015, ss.174).

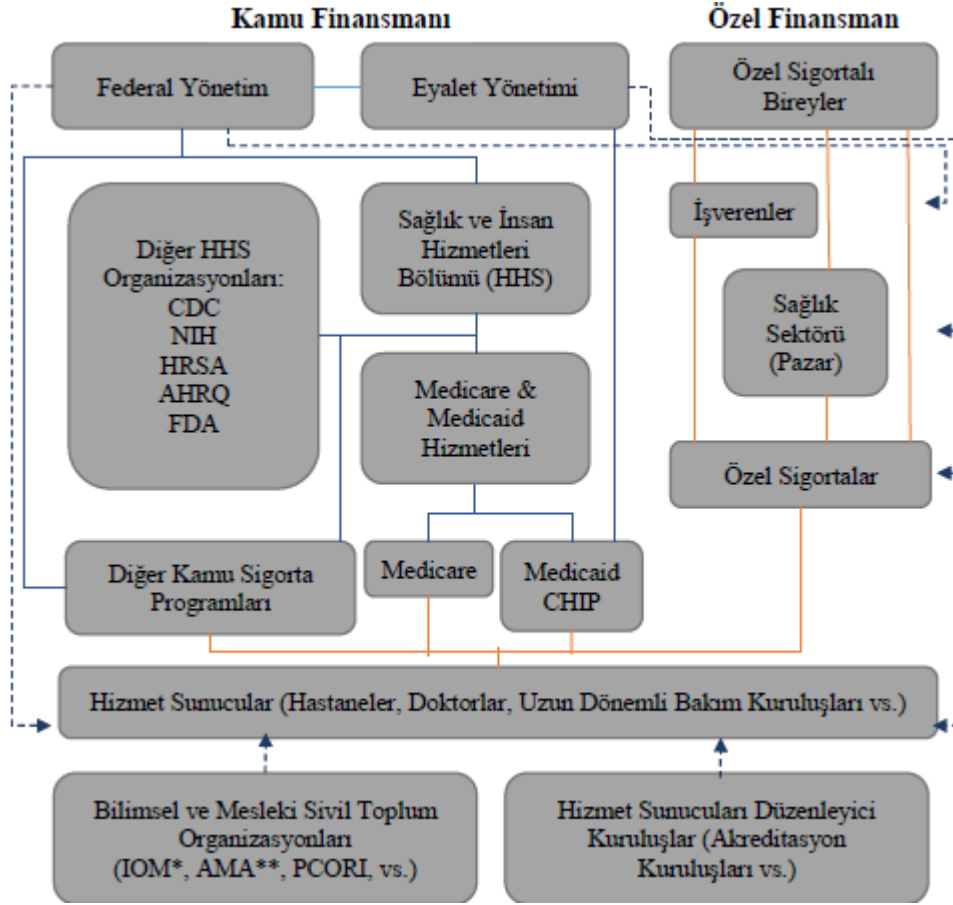
Medicaid; çocukları, hamile olan kadınları, geliri düşük olan bireyleri, yaşlı bireyleri ve engellileri kapsam altına almaktadır. Medicaid programının finansörlüğü hükümet ve federal yapı tarafından ortak bir şekilde gerçekleştirilmektedir (medicaid.gov).

Medicare kapsamında ise; yaşlı bireyler ve sakat olan kişiler kapsam altına alınmaktadır. Medicare finansörlüğünü ise tamamlayıcı sağlık sigortası tröstü ve hastane sigorta fonu tröstü üstlenmektedir. (medicare.gov).

ABD'yi sağlık emniyetinin sağlanması olası tehditlerin önlenmesi ve kaldırılması görevini Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) üstlenmektedir. Asıl amacı pahalı olan sağlık tehditlerini ortadan kaldırmak, güvenli sağlık bilgilerini sağlamaktır (CDC.gov).

Sağlık koşullarının her anlamda iyileştirilmesi, önemli buluşların keşfedilmesi için tıbbi araştırmalarının yapıldığı yer ise Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) ajansıdır. Dünyanın sayılı biyomedikal araştırma merkezlerindedir. Yaşam süresinin uzaması, hastalık ve sakatlıkların iyileştirip azaltılmasında etkin rol oynamaktadır (nih.gov).

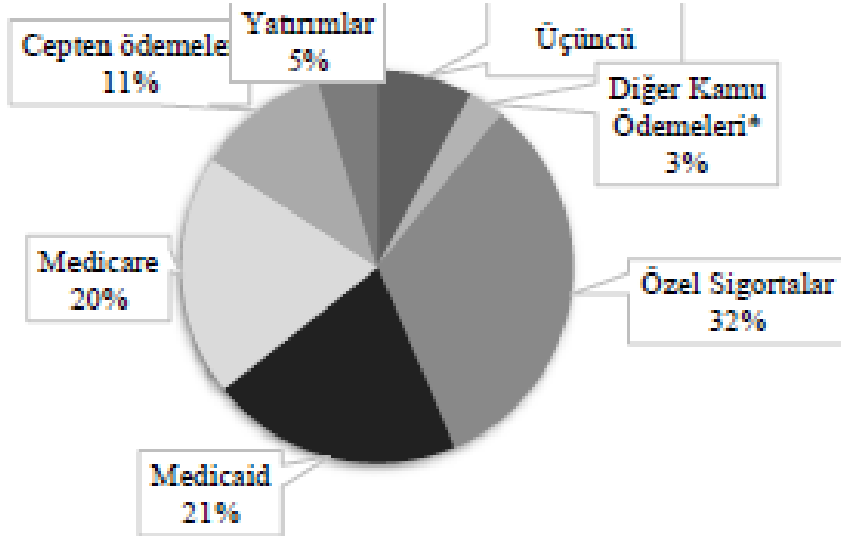
ABD sağlık hizmetleri finansmanı kamu ve özel olarak ayrılmaktadır ancak eyalet sistemi ile yönetilen bir ülke olduğundan şekil 3. 8 'de de görüldüğü üzere biraz karmaşık bir yapı göstermektedir.



Şekil 3.7 ABD sağlık finansmanı

Kaynak: (Kırılmaz.vd, 2015, s.89)

ABD 2015 yılı verilerine göre gayri safi yurt içi hasılanın % 16,9 unu sağlık hizmetlerine harcamıştır. ABD’de sağlık hizmetinin finansörlüğü kamu ve özel olarak temelde ikiye ayrılmaktadır. Şekil 3.8’da da belirtildiği üzere Sağlık hizmetlerinin 1.056.000.000 \$ gibi büyük bir kısmını özel sigorta olan Medicare’den; 672.000.000 \$’lik kısmını ise Medicaide’den karşılamaktadır. Cepten yapılan harcamaların da meblağı 352.000.000 \$ tutar değerindedir (cms.gov).



Şekil 3. 8 ABD Sağlık Giderleri (3.2 Trilyon \$)

Kaynak: Centers for Medicare & Medicaid Services (cms.gov.)

4.BÖLÜM UZUN DÖNEM BAKIM SİGORTASI MODELİNE KAVRAMSAL YAKLAŞIM

4.1 Model

Uzun dönem bakım sigortası, stokastik açıdan; bir dizi durum barındıran ve içinde bulunulan durum veya bu durumdan bir başka duruma geçiş yapılacak matris olarak düşünülebilir. Ödenecek faydalar her bir durumla ilişkili olan, duruma girme ya da durumda kalma koşullarına bağlıdır. Uzun dönem bakım sigortası matematiksel model olarak bir Markov Zinciri niteliğindedir.

$\{X_n, n=0, 1, 2, \dots\}$ sürecin n anındaki durumunu göstermekle beraber, S sürecin

Durum uzayını gösterir. S durum uzayı sonlu bir set veya sayılabilir sonsuz set olabilir.

$P_{ij} = P(X_{n+1} = j | X_n = i)$, n anında i durumunda bulunan sürecin $n+1$ anında j durumunda bulunma olasılığını gösteren geçiş olasılığıdır, bir adım geçiş olasılığı olarak adlandırılır.

$\{X_n, n=0, 1, 2, \dots\}$ sürecinin bir Markov Zinciri olabilmesi için ,

$$P_{ij} = P (X_{n+1} = j | X_n = i, X_{n-1} = i_{n-1}, \dots, X_0 = i_0) = P (X_{n+1} = j | X_n = i) \quad (4.1)$$

Eşitliğini sağlaması gerekmektedir. Durumlar arası geçiş olasılıkları modelin oluşturulması için temel yapı taşı görevi üstlenir (Rasoanaivo,2001, s9).

4.2 Poliçeler

Uzun dönem bakım sigortasında iki tür poliçe söz konusudur. Bunlar; bağımsız uzun dönem bakım sigorta poliçesi ve uzun dönem bakım sigortası sözleşme eki poliçesidir (Rasoanaivo,2001, s12).

4.2.1 Uzun Dönem Bakım Sigortası Sözleşme Eki

Uzun dönem bakım sigortası sözleşme eki hayat sigortası poliçesine ek olarak yapılan bir sözleşmedir. Bir hayat sigortası poliçesi içerisindeki sözleşme eki şöyle tanımlanmaktadır; bireyin sağlıklı varsayıldığı bir yaşta poliçeyi satın alma durumu gerçekleştirilir. Poliçe yürürlükteyken bireyin iki veya daha fazla günlük yaşam aktivitesi performans eksikliği ile karşılaşması durumunda ve bireyin malullük süresi durumlar arası geçişte bekleme zamanından uzun olması durumunda birey sigorta tazminatı almaya hak kazanır. Kişiye göre değişmeyen, uzun dönem bakım tazminatları aylıklar halinde ödenir. Bireyin ölmesi durumunda veya tazminatın ödeme yaş sınırına ulaşması durumunda poliçe durdurulur. Birey öldüğünde poliçedeki meblağ ile ödenen toplam tazminat arasındaki fark bireyin yakınlarına ölüm tazminatı olarak ödenir (Rasoanaivo, 2001, s12)

4.2.2 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesi

Bağımsız uzun dönem bakım sigorta poliçesi başka bir hayat sigortası ürününe ek olarak yapılan bir poliçe türü değildir. Bağımsız uzun dönem bakım sigorta poliçesinde, bireyin sağlıklı varsayıldığı bir yaşta poliçeyi satın alma durumu gerçekleştirilir. Poliçe yürürlükteyken bireyin iki veya daha fazla günlük yaşam aktivitesi performans eksikliği ile karşılaşması durumunda ve bireyin malullük süresi durumlar arası geçişte bekleme zamanından uzun olması durumunda birey sigorta tazminatı almaya hak kazanır. Kişiye göre değişmeyen, uzun dönem bakım tazminatları aylıklar halinde ödenir. Bireyin ölmesi durumunda veya tazminatın ödeme yaş sınırına ulaşması durumunda poliçe durdurulur. Birey öldüğünde poliçedeki meblağ ile ödenen toplam tazminat arasındaki fark bireyin yakınlarına

ölüm tazminatı olarak ödenir. Bu poliçenin, uzun dönem bakım sigorta sözleşme ekinde farkı birey öldüğünde herhangi bir ölüm tazminatı ödemesinin yapılmamasıdır (Rasoanaivo, 2001, s.13).

4.3 Poliçe Maliyetleri

4.3.1 Uzun Dönem Bakım Sigortası Sözleşme Ekinin Sigortacıya Maliyeti

Uzun dönem bakım sigortasına ait sözleşme ekinin sigortacıya olan maliyeti, uzun dönem bakım tazminatları ve birey öldüğünde hak sahiplerine yapılacak olan ölüm tazminatı toplamının poliçe sözleşmesi tarihindeki değeri ile bireye yapılacak hayat sigortası sözleşmesindeki ölüm tazminatının poliçe sözleşmesi tarihindeki değeri arasındaki farktutarına eşittir (Rasoanaivo, 2001, s.13).

Açıklama 1: Bireye poliçede taahhüt edilen toplam tazminat ödemesi sigorta;

Sözleşme eki yapılmış olsa da olmasa da ödenir. Tek fark sigorta sözleşme ekinde tazminatlar daha önceden ödenmeye başlanır.

4.3.2 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesinin Sigortacıya Maliyeti

Bağımsız uzun dönem bakım sigorta poliçesinin sigortacıya maliyeti, sadece uzun dönem bakım tazminatlarının poliçe sözleşmesinde taahhüt edilen tarihindeki değeridir (Rasoanaivo,2001 s.13)

4.4 Sektörel Deterministik Modeller

Sektörün kullanmış olduğu temel modelde iyileşme durumunun olmayacağı varsayılır ve uzun dönem bakım tazminatlarını almaya hak kazanan birey için iki olası durum söz konusudur, bunlar malullüğün devam etmesi ve ölüm ile sonuçlanmasıdır. Hayat sigortasına sözleşmesine ek olarak uzun dönem bakım sigortası sözleşme eki alan x yaşındaki bir birey için ölüm yaşı w ve iskonto faktörü v , $0 < v < 1$, olarak tanımlanmaktadır (Kaygısız, 2010, s.26).

Sigorta sektörü poliçeleri fiyatlandırırken x yaşındaki sağlıklı bireylerin ölüm olasılığı olan $xq(h)$ yerine genellikle x yaşındaki tüm popülasyonun (sağlıklı +

malul) ölüm olasılığı olan $xq(T)$ kullanılmaktadır. Sektörün fiyatlandırmada kullanmış olduğu temel formül aşağıdaki gibidir.

$$C_{ri} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} q_{x+t}^{(T)} v^{t+1} FA + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} B_{x+t+u+1} + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1+u} DB_{x+t+u+1} - \left[\sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} q_{x+t}^{(T)} v^{t+1} FA + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1} \right] \quad (4.2)$$

Buradan da

$${}_tP_x^{(T)} = {}_{t-1}P_x^{(T)} (1 - q_x^{(T)} - r_{x+t-1} - q_{x+t-1}^{(w)}) \quad (4.3)$$

$${}_tP_x^{(r)} = 1 - {}_tP_x^{(T)}$$

$q_x^{(T)}$: X yaşındaki tüm bireylerin (sağlıklı+ malul) ölüm olasılığı

r_x : X yaşında sağlıklı bir bireyin malul olma olasılığı

$q_x^{(r)}$: X yaşındaki malul bir bireyin ölme olasılığı

$q_x^{(w)}$: X yaşındaki bir bireyin sistemden çekilme olasılığı

FA: poliçenin sigorta ettiği meblağ

B_{x+t} : Maluliyet oluşuktan sonra X+t yaşında ödenen uzun dönem bakım tazminatı

DB_{x+t} : X+t yaşında ölen malül birey için yapılacak geriye kalan tüm tazminatı ödemesi

V: iskonto faktörü

Sektörün kullanmış olduğu deterministik modeli incelediğimizde genel olarak formülün dört kısımdan oluştuğunu görmekteyiz.

1. Malul olmadan ölen birey için yapılacak olan ölüm tazminatından beklenen maliyeti oluşturmaktadır.
2. Birey malul olduğu takdirde alacağı tazminattan beklenen maliyeti oluşturmaktadır.
3. Malul olan bireyin ölmesi durumunda alacağı tazminattan beklenen maliyeti oluşturmaktadır.
4. Sözleşme eki olmadan yapılmış olan hayat sigortalarında bireyin malüliyet durumu göz önünde bulundurmaksızın ölmesi durumunda yapılacak olan tazminat maliyetini oluşturmaktadır (Rasainova,2001, s.16)

Eşitlik (4.1)'de gerekli basitleştirmeler yapılırsa

$$C_{ri} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_X^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+1}^{(r)} v^{t+1+u} (B_{x+t+u+1} + q_{x+1+u}^{(r)} DB_{x+t+u+1})$$

$$- \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_X^{(T)} r_{x+1} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t+u}^{(r)} q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1+u} FA \quad (4,4)$$

Elde edilir. Buradan da

$$Ben_{x+t} = \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} v^{t+1+u} (B_{x+t+1+u} + q_{x+t+u}^{(r)} DB_{x+t+u+1}) \quad (4,5)$$

Olmak üzere formülde yerine konursa;

$$C_{(ri)} = \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_tP_X^{(T)} r_{x+t} Ben_{x+t}$$

$$- \left(\sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_X^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} v^{t+1+u} FA \right) \quad (4,6)$$

Olarak elde edilir (Rasoanaivo, 2001, ss.17).

4.4.1 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesinin Sektörel Deterministik Model İle Fiyatlandırılması

Bağımsız uzun dönem bakım sigorta poliçesinin tanımından yola çıkılarak elde edilecek formül;

$$C_{(si)} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+1}^{(r)} v^{t+1+u} B_{x+t+u+1} \quad (4,7)$$

(Rasoanaivo, 2001, ss.18).

4.4.2 Teorik Olarak Doğru Olan Deterministik Model

Teorik olarak doğru olan formülü elde edebilmek için sektörün formülde kullandığı tüm popülasyonun ölüm oranı olan $q_x^{(T)}$ yerine sağlıklı bireylerin ölümlülük oranı olan $q_x^{(h)}$ kullanılacaktır (Rasoanaivo, 2001, ss.17).

4.4.2.1 Uzun Dönem Bakım Sigortası Sözleşme Ekinin Kuramsal Olarak Doğru Olan Deterministik Model İle Fiyatlandırılması

Formül tüm popülasyonun ölüm oranı olan $q_x^{(T)}$ yerine sağlıklı bireylerin ölümlülük oranı olan $q_x^{(h)}$ kullanılarak elde edilecektir (Rasoanaivo, 2001, s.18)

$$C_{rc} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(h)} q_{x+t}^{(h)} v^{t+1} FA + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(h)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} B_{x+t+u+1} \\ + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(h)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1+u} DB_{x+t+u+1} \\ - \left[\sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(h)} q_{x+t}^{(h)} v^{t+1} FA + \sum_{t=0}^{w-x} {}_tP_x^{(T)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_uP_{x+t}^{(r)} \right. \\ \left. q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1+u} + FA \right] \quad (4,8)$$

Buradan da;

$${}_t P_x^{(h)} = {}_{t-1} P_x^{(h)} (1 - q_{x+t-1}^{(h)} - r_{x+t-1} - q_{x+t-1}^w) \quad (4,9) \quad \text{Olur.}$$

Eşitlik (4.9)'da gerekli basitleştirmeler yapıldığında

$$C_{rc} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_t P_x^{(h)} r_{x+t} B_{x+t}$$

$$- \sum_{t=0}^{w-x} {}_t P_x^{(h)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_u P_{x+t}^{(r)} q_{x+t+u}^{(r)} v^{t+1+u} + F \quad (4,10)$$

Elde edilir. Buradan da gerekli sadeleştirmeler yapılınc;

$$B_{x+t} = \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_u P_{x+t}^{(r)} v^{t+1+u} (B_{x+t+1+u} + q_{x+t+u}^{(r)} DB_{x+t+u+1}) \quad (4,11)$$

Elde edilir.

4.4.2.2 Bağımsız Uzun Dönem Bakım Sigorta Poliçesinin Kuramsal Olarak Doğru Olan Deterministik Model İle Fiyatlandırılması

Formül tüm popülasyonun ölüm oranı olan $q_x^{(T)}$ yerine sağlıklı bireylerin ölümlülük oranı olan $q_x^{(h)}$ kullanılarak elde edilecektir.

$$C_{se} = \sum_{t=0}^{w-x} {}_t P_x^{(h)} r_{x+t} \sum_{u=0}^{w-x-t} {}_u P_{x+1}^{(r)} v^{t+1+u} B_{x+t+u+1} \quad (4,12)$$

(Rasoanaivo, 2001, s.18).

5. TEMEL STOKASTİK MODEL

5.1 Tanım

Kullanmış olduğum bağımsız uzun dönem bakım sigortası modelinde üç adet durum söz konusudur. Bunlar; sağlık maluliyet ve ölüm durumlarıdır. İyileşme gibi bir durum öz konusu değildir. Bundan dolayı bir birey malul olduğunda ölüm durumu gerçekleşene dek malul olarak kalacaktır. Sağlıklı bir durumda kalış ve malul durumunda kalış süreleri rassaldır ve bireyin yaşına bağlıdır.

Modelin varsayımları aşağıdaki gibidir.

- X yaşındaki sağlıklı bir birey için sistemden çekilebilir olasılığı $q_x^{(w)}$;
- X yaşındaki sağlıklı bir birey için ölme olasılığı $q_x^{(h)}$;
- X yaşındaki sağlıklı bir birey için malul olma olasılığı r_x ;
- X yaşındaki sağlıklı bir birey için sağlık bir şekilde hayatta kalmaya devam etme olasılığı $1 - q_x^{(w)} - q_x^{(h)} - r_x$
- X yaşındaki malul bir bireyin bir dönem içinde ölme olasılığı $q_x^{(r)}$
- X yaşındaki malul bir bireyin bir dönem içinde malul kalma olasılığı $1 - q_x^{(r)}$, dir.

5.2 Tazminata Erişilebilirlik Kriteri

Bireyin sigorta tazminatından yararlanma hakkını belirleyen faktörler günlük yaşam aktivitesi performansındaki eksiklik (ADLs) ve zihinsel engellilik (CI) gibi faktörlerdir. Zihinsel engellilik, bireyin düşünmesini, konsantre olmasını, fikir üretmesini, sonuç çıkarma ve hatırlama gibi kabiliyetlerini etkileyecek sağlık durumları veya şiddetli depresyon ve şizofreniyi tamamlayan bir özelliktir (Rasoanaivo, 2001, s.9).

Aktif yaşamın sona ermesi günlük yaşam aktivitelerindeki (ADLs) bağımsızlığın sona ermesi olarak tanımlanabilir. Günlük yaşam aktiviteleri şu başlıklar altında toplanabilir: (Katz vd., ss.916)

- Banyo yapabilmek,
- Giyinmek,
- Tuvalet ihtiyacını gidermek,
- Kendini tutmak,
- Beslenmek.

Tablo-6.4'de tazminata erişilebilirlik kriterlerini belirleyen durumlar gösterilmiştir. Bu tabloya göre malul olan bireyde herhangi bir CI (Cognitive Impairment) zihinsel sakatlığın var olup ADL (Activities Of Daily Living) günlük yaşam aktivite performansındaki eksiklerin ikiden fazla olması durumunda tazminata

erişim hakkı kazanacaktır. CI'nın var olup ADL'nin 2 den az olması veya hiç olmaması durumunda da malul kişi tazminata erişim hakkı kazanacaktır. CI'nın olmayıp ADL'nin ikiden fazla olması durumunda da malul kişi tazminata erişim hakkı kazanabilecektir. Malul kişinin ölmesi durumunda tazminata erişim hakkı olamayacaktır. Yine malul kişinin sigortadan çekilmesi, poliçenin geçerliliğini yitirmesi gibi durumlarda da herhangi bir tazminata erişim hakkı bulunmayacaktır. (Rasoanaivo, 2001, s.9).

$S = s_1, s_2, \dots, s_6$ sonlu durum uzayı olarak belirlenmiştir.

Tablo-6.4: Tazminata erişilebilirlik kriterleri

	CI	ADL (≥ 2)	TAZMİNAT HAKKI=Bi
S1	Var	Var	Var
S2	Var	Yok	Var
S3	Yok	Var	Var
S4	Yok	Yok	Yok
S5	Ölüm		Yok
S6	Poliçenin Geçerliliğini Yitirmesi		Yok

5.2 Benzetim

Bağımsız uzun dönem sigortası poliçesi için aylık primlerin hesaplanabileceği bir simülasyon programı yazılacaktır. Her bir deneme eşit olasılıklara sahip olan tüm olası sonuçların dağılımını oluşturmada kullanılan bir poliçenin olası maliyetleri göstermektedir. Bu benzetim programı bağımsız uzun dönem bakım sigortası için modelin kullanılmasını sağlayacak ve uzun dönem bakım

taleplerindeki maliyetlerine ilişkin belirsizliklerin sayısallaştırılmasına yardımcı olacaktır.

5.3 Tanımlama

Simülasyon için rassal bir sayı oluşturulacaktır. Rasgele bir sayı değeri olan “u” (0,1) değerleri arasında olacak şekilde oluşturulacaktır. Simülasyonun oluşturulabilmesi için şu bilgilere ihtiyaç vardır. İlgili istatistiksel ölçüleri simüle etmek için, ifade edilen bedel dikkate alınacaktır. Aynı değer terimlerinde aynı tek bir kohorttan kaynaklanan sigorta poliçeleri ve özellikle ortalamalar arasındaki ilişki dikkate alınacaktır.

- qx değerlerinden oluşan bir mortalite tablosunun oluşturulması (Hacettepe Üniversitesi Türkiye Kadın Hayat tablosu)
- qx ‘e uygulanmış olan faktör vektörleri ile gerçek ölüm değerlerine ulaşılması
- Sağlıklı yaşamlar için yıllık aralıklı olasılıkların belirlenmesi
- Azalan sağlıklı yaşam olasılıkları
- Sistemden çekilme oranları
- Faiz oranı
- Sigortaya giriş yaşı
- Maksimum yaşama yılı
- Malüliyet oluştuktuktan sonra ödenecek tazminat miktarı (36000)

5.4 Algoritmalar

a. Sağlıklı durum için;

1. Rassal bir u sayısı oluştur
2. Sistemden Çekilme durumunu kontrol et: eğer $u < q_x(w)$ ise 3'e git
3. Maluliyet durumunu kontrol et: eğer $q_x(w) \leq u < q_x(w) + r_x$ ye değil ise 4'e git
4. Ölüm durumunu kontrol et: eğer $q_x(w) + r_x < u < q_x(w) + r_x + q_x(h)$ ise d 'ye git
5. Değil ise tekrar 1'e git.

b. Maluliyet Durumu için;

6. ölüm durumunu kontrol et: eğer $u < q_x(r)$ ise 7'e git değil ise yeni bir u rastgele sayısı belirle ve başa dön.
7. toplam ödemelerin şimdiki değerini hesapla ve c ' ye git

c. uzun dönem bakım sigortasının maliyeti= ödemelerin toplamının şimdiki değerini hesapla ve d 'ye git

d. simülasyonu bitir.

5.6 Sayısal Örnek

71 yaş için düzenlenen sigortaya ilişkin varsayımlar aşağıdaki gibidir:

- Her bir poliçe için yıllık 36000 TL'lik uzun dönem bakım tazminat ödemeleri yapılacaktır.

- Ölümlülüğün De Moivre Yasasına göre dağılım gösterdiği ve beklenen maksimum yaşam süresinin 100 olduğu varsayılacaktır.
- Beklenen sağlıklı yaşam süresinin, beklenen yaşam süresinin $\frac{1}{4}$ 'ü kadarı olduğu varsayılacaktır.
- Malullüğün periyot başlarında, ölümün periyot sonlarında gerçekleştiği kabul edilecektir.
- Sistemden ayrılış söz konusu değildir.
- Yıllık faiz oranı % 5 olarak alınacaktır.
- Sistemden Çekilme durumları zamana bağlı olarak alınmış olup aşağıdaki gibidir. Çekilme oranları (Rasanaivo,2001)' den alınmıştır
 1. yıl için çekilme oranı 0,1
 2. yıl için çekilme oranı için 0,08
 3. yıl çekilme oranı için 0,05 oranları kullanılacaktır.
- Masraflar dikkate alınmayacaktır
- İnsidans oranları için (Report of LTC Experience Committee, Society of Actuaries) verileri kullanılmıştır.
- Mortalite tabloları (Hacettepe Üniversitesi Türkiye Kadın Hayat tablosu kullanılmıştır)

6.BULGULAR

6.1 Yaş Faktörünün Ödemeler Üzerindeki Etkisi

R Studio programında yapılan simülasyon sonucunda elde edilen bilgiler tablo- 6.5'te sunulmuştur. Simülasyon programında elde edilen sonuç ; x yaşındaki bir bireyin bağımsız uzun dönem sigortası kullanması durumunda yıllık ödeyeceği primlerin ortalama simdiki değerini göstermektedir. Bu değer kısaca “sdyo” olarak gösterilecektir. Tablo da rastgele seçilmiş olan her bir yaş değeri için ayrı bir sdyo değeri bulunmuştur.

Tablo-6.5: Yaşa bağlı yıllık ödemelerin şimdiki (sdyo) değerleri

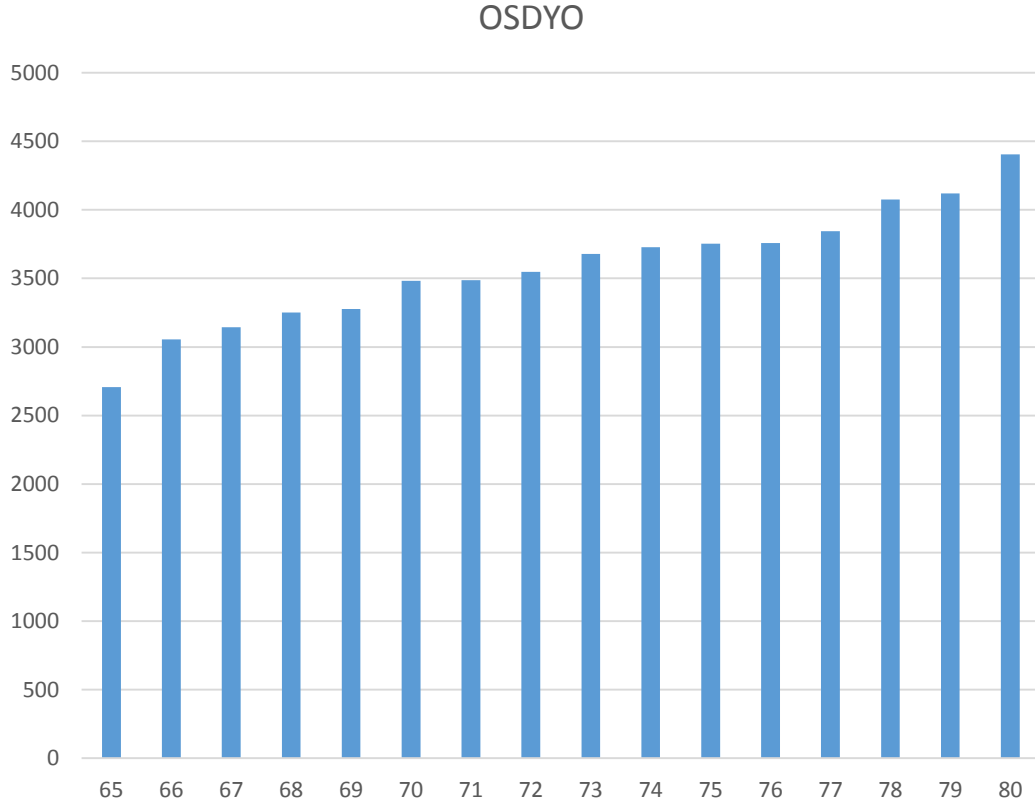
YAS	SDYO
65	27.076
66	30.551
67	31.435
68	32.510
69	32.777
70	34.814
71	348.655
72	35.477
73	367.879
74	37.272
75	37.530
76	37.582
77	38.440
78	40.758
79	41.195
80	44.040

- Yaş değerleri rastgele seçilmiştir.
- Her bir yaş değeri 100000 simülasyon yapılmıştır.
- Normal insidans verileri kullanılmıştır.
- Çekilme oranları için
1.dönem için %10

2. dönem için %8

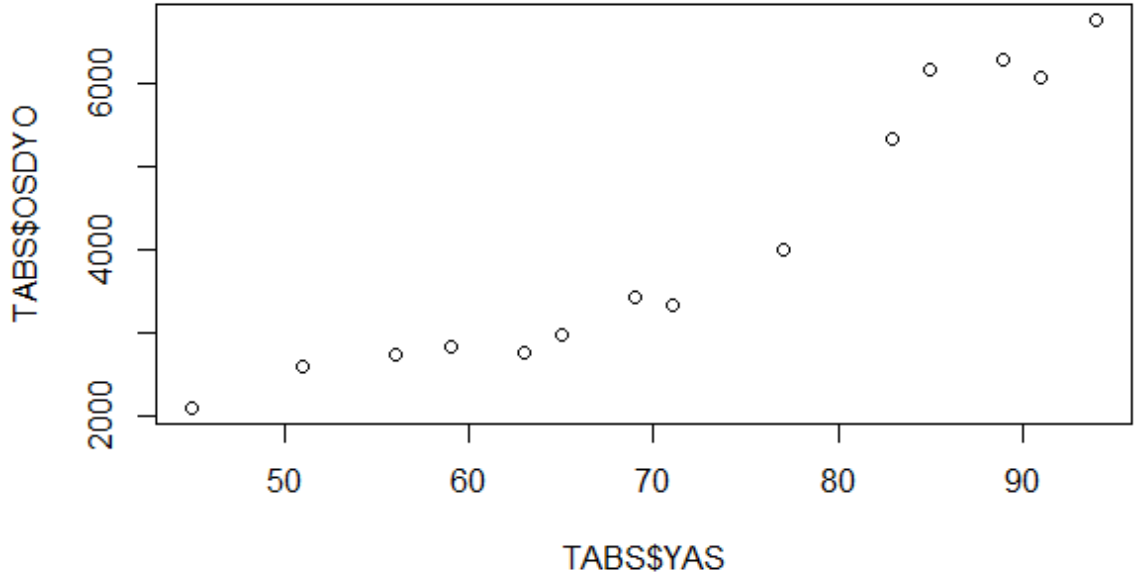
3.dönem için %5 uygulanmıştır.

- Elde edilen değer yıllık ödemelerin şimdiki değerinin ortalamasıdır. (osdyo)



Grafik-6.6 Yaş parametresinin sdyo tutarı üzerindeki etkisi

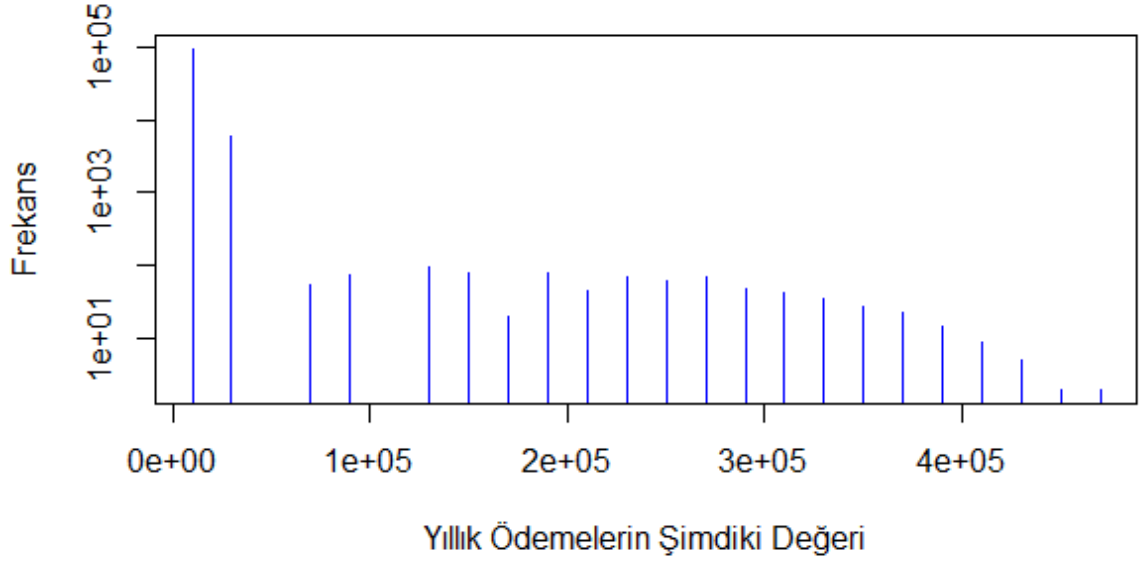
Grafik-6.6'de yaş parametresinin her bir değeri için simüle edilen ve sonucunda elde edilen sdyo tutarı arasındaki ilişkisi gözlenmektedir. Bu grafikte de görüleceği üzere yaş olgusu arttıkça sdyo tutarı da orantılı şekilde artmaktadır.



Grafik-6.7 Yaş ve ODYO arasındaki ilişki

R studio'da Tablo-6.5 verileri kullanılarak yaş değeri ve sdyo değeri arasında yapılan korelasyon analizinde 0.9739039 oranında bir ilişki ortaya çıkmıştır. Korelasyon analizine göre yaş ve sdyo tutarı arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre; yaş arttıkça ödemelerin tutarı da artmaktadır. Bunun nedeni yaşın ilerlemesi ile beraber maluliyet ve ölüm olasılıklarının da artmasıdır.

Yıllık Ödemelerin Şimdiki Değerinin Dağılımı



Grafik-6.8 100000 simülasyonun bir sdyo için dağılımı

Grafik-6.8 da bir yaş değerine ait sdyo için yapılan 100000 adet simülasyonun dağılımı gösterilmektedir.

6.2 İnsidans Oranlarının Ödemeler Üzerindeki Etkisi

Simülasyon programında insidans oranları için standart (Report of LTC Experience Committee, Society of Actuaries) verileri kullanılmıştır. İnsidans oranlarının sdyo üzerindeki etkisini ölçmek adına normal insidans oranları ile her bir yaş değeri simüle edilip bir sdyo miktarı elde edilmiştir. Daha sonra insidans oranlarının 3 katı alınarak, aynı yaş aynı çekilme oranları ve aynı mortalite değerleri kullanılarak yeniden simüle edilmiştir. Ve ortaya Tablo-6.6'daki sonuçlar çıkmıştır. Bu sonuçlar incelendiğinde insidans oranlarının artması sdyo üzerinde de bir artış yönünde eğilim göstermektedir.

Tablo-6.6 yı elde edebilmek için simülasyonda kullanılan veriler;

- Yaş değerleri rastgele seçilmiştir.
- Her bir yaş değeri 100000 simülasyon yapılmıştır.
- ilk etapta normal insidans verileri kullanılmıştır.

Normal insidans verilerininin 3 katı alınarak kıyaslama için yeniden simüle edilmiştir.

- Çekilme oranları için

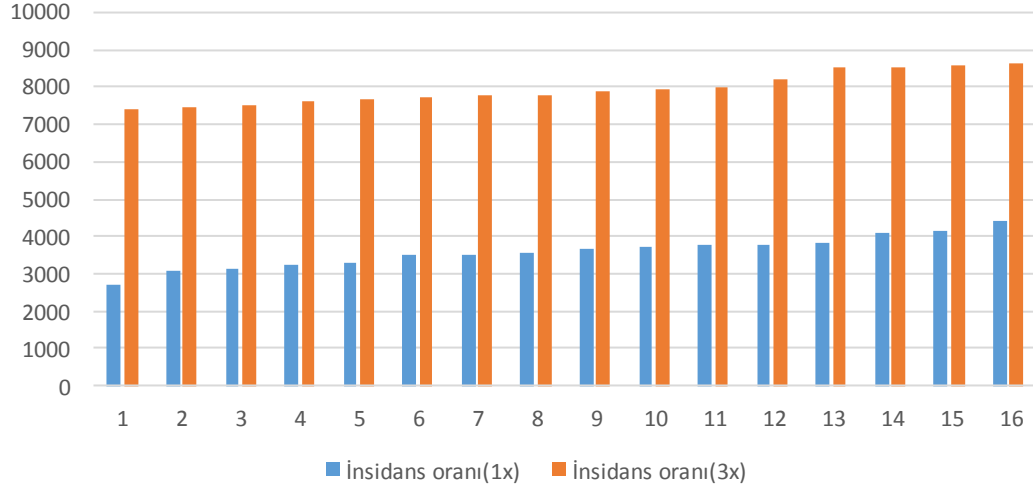
- %10,%8,%5 uygulanmıştır.
- Elde edilen değer yıllık ödemelerin şimdiki değeridir. (sdyo)

Tablo-6.9: insidans oranının sdyo üzerindeki etkisi

Yaş Ve Simülasyon Sayısı		İnsidans Oranlarına Göre Sdyo Değerleri	
YAS	SİMSAY	İnsidans oranı(1x)	İnsidans oranı(3x)
65	100000	27.076	73.852
66	100000	30.551	74.474
67	100000	31.435	75.333
68	100000	32.510	76.321
69	100000	32.777	76.566
70	100000	34.814	77.412
71	100000	34.865	77.952
72	100000	35.477	77.991
73	100000	36.787	78.652
74	100000	37.272	79.460
75	100000	37.530	80.193
76	100000	37.582	82.328
77	100000	38.440	85.038
78	100000	40.758	85.474
79	100000	41.195	85.838
80	100000	44.040	86.455

Tablo-6.6 verileri kullanılarak insidans oranlarının sdyo üzerindeki etkilerini görmek adına grafik haline getirilmiştir. Aşağıdaki grafikte yer alan sonuçlara göre; insidans oranı arttıkça ödeme tutarı da standart insidans oranındaki ödeme değerinin en az iki katı olacak şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Ödemelerin insidans değerleri ile orantılı şekilde artmaktadır.

İnsidans oranlarına göre osdyo değerleri



Grafik-6.8 insidans oranlarına göre sdyo değerleri

6.3 Çekilme Oranlarının Ödemeler Üzerindeki Etkisi

Tablo-6.5 verilerini elde edebilmek için zamana bağlı 3 ayrı çekilme oranı kullanılmıştır. Bu çekilme oranları sırasıyla ilk yıl için%10, ikinci yıl için%8, üçüncü yıl için ise %5'tir. Çekilme oranları ve yaş kriterlerinin sdyo değerine etki edip etmediğinin analizini gerçekleştirmek için aynı yaş değerleri aynı insidans oranları ve aynı mortalite değerleri kullanılıp sadece çekilme oranları değiştirilerek tablo-6.7 elde edilmiştir.

Tablo-6.10 çekilme oranlarının sdyo üzerindeki etkisi

Yaş Ve Simülasyon Sayısı		Çekilme Oranlarına Göre Sdyo Değerleri	
YAS	SİMSAY	co(%10,%8,%5)	co(%12,%10,%7)
65	100000	27.076	26.871
66	100000	30.551	29.550

67	100000	31.435	29.924
68	100000	32.510	3016,652
69	100000	32.777	32.106
70	100000	34.814	3262,208
71	100000	34.865	34.238
72	100000	35.477	34.355
73	100000	36.787	35.049
74	100000	37.272	35.137
75	100000	37.530	35.724
76	100000	37.582	37.132
77	100000	38.440	37.470
78	100000	40.758	38.164
79	100000	41.195	40.201
80	100000	44.040	40.227

Yukarıdaki tablo-6.7’te çekilme oranlarının prim tutarının üzerindeki etkilerinin gözlenmesi adına çekilme oranları üzerinde değişiklik yapılarak her bir yaş için ayrı ayrı olarak simüle edilmiştir. Buradan da çekilme oranlarının (%10,%8,%5)’dan (%12,%10,%7) oranına çekilmesi ile elde edilen sdyo verileri yer almaktadır. Bu tabloya göre çekilme oranları yükseldikçe sdyo tutarı da düşmektedir. Yani sigorta şirketine mal olan kişi başı ödeme tutarı çekilme oranları ile doğru orantıda artış ve sergilemektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Türkiye yaşlı nüfusunun giderek arttığı bir ülke konumunda yer almaktadır. En son yayınlanan nüfus projeksiyonları da değerlendirildiğinde; yaşlı nüfusun hızla arttığı, genç ve çalışma çağındaki nüfusun azaldığı, yeni doğan hızının da azaldığı görülmektedir. Yaşlı nüfusunun azalması beraberinde yaşlı bakım ve sağlık sorunlarını da getirmektedir. Türkiye uzun dönem bakım sigortası için henüz yeterli bilince maalesef ki sahip değildir. Kamuya ait sigorta mevzuatı incelendiğinde sosyal

bir devlet olmasına rağmen ülkemizin yaşlı bakım sağlığı için yeterli çalışmalarının olmadığını görmekteyiz. Uzun dönem bakım sigortasının şu an için bir ihtiyaç ilerleyen yıllarda ise bir zorunluluk halini alacağı apaçık ortadadır. Bunun da temel de iki nedeni vardır.

İlki verilerle ortaya koymuş olduğumuz hızla artan nüfus oranıdır. Nüfusun artması beraberinde sosyal kültürel ekonomik yönden birçok değişiklik getirmektedir. Özellikle yaşlı sağlığı bakımından ciddi revizyonlara ihtiyaç doğacaktır.

İkincisi ise; şu ana kadar yaşlılara aile üyesi olan kadın tarafından bakılması ancak kadınların istihdama katılım oranının artmasıdır. Türkiye'nin kültürel yapısı gereği yaşlı bireye kadın bakmak ile yükümlüdür. Bu durum gayri resmi olmak ile beraber çok da sağlıklı olan bir yöntem değildir. Yaşlı bireyin ihtiyaçları usulüne uygun yerine getirilmiş olması oldukça güç bir durumdur. Tıbbi bakımın yanında sosyal ve temel ihtiyaçların yerine getirilmesi kadın için bir yük konumundadır. Hem kadınların artık istihdama katılarak bu yükümlülükten kurtulmak istemesi hem de yaşlı bireyin daha iyi bir bakım hizmeti almak istemesi uzun dönem bakım sigortasının gerekliliğini gözler önüne sermiştir.

Türkiye'de henüz bir UDB sistemi bulunmadığından bir takım öneriler ve kıyaslamalar ışığında sigorta primi modellemesi yapılmıştır.

Uzun dönem bakım sigortası henüz Türkiye'de uygulamaya geçilmemiş bir konudur. Gelişmiş ülkelerin çoğunda UDB sisteminin kullanıldığını literatür kısmında yer verilmiştir. Henüz Türkiye'de kullanılmadığından ülkemiz için bir uzun dönem bakım sigortası modeli oluşturulmuştur. Birebir Türkiye'ye uyarlanabilir bir model niteliğindedir. Türkiye'deki veriler ve kültürel yapı göz önünde bulundurularak bağımsız uzun dönem bakım sigortası parametreleri kullanılarak model oluşturulmuştur. Bunun nedeni ise henüz uygulamaya geçilmemiş bir modelin daha iyi uygulanabilmesi, daha kolay adapte olabilmesi ve daha kolay yaygınlaşmasıdır. Bu tez çalışmasında kullanılan modelin diğer UDB sigorta modellerinden temel farkı ölüm tazminatı vermiyor olmasıdır. Ölüm tazminatının verilmiş olması durumunda aylık veya yıllık ödeme primlerinin artmasına sebep olacağından; henüz bilinmeyen bir sistemin varlığı için uygun görülmemiştir. Özellikle de Türkiye'nin kültürel yapısı göz önüne alınarak bu modelin uygunluğu

seçilmiştir. Çünkü ülkemizde yaşlıların bakımı; profesyonel hizmetten çok kadınlar tarafından ya da diğer gayri resmi yollarla yerine getirilmektedir. Bunu en aza indirmek, daha profesyonel ve konforlu bir hizmet sunmak asıl amaçtır. Modelin daha iyi algılanıp ve daha geniş kesimlere yayılması için maliyetin en aza indirgenmesi hedeflenmiştir.

Modelde bir fiyatlandırma simülasyonu yer almaktadır. Regresyon analizlerinin duyarlılığı çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir. Duyarlılık analizi yapıldığında volatilité(oynaklığın) öncelikle yaş insidans değerleri ve çekilme oranlarına bağlı olduğu sonucuna varılmıştır. Sunulan sonuçlar, regresyon modelinin genellikle UDB Sigorta primlerinin volatilité riskini değerlendirmede iyi performans gösterdiğini göstermektedir.

Bu modelde anlatılmaya çalışılan; stokastik ve regresyon modellerini kullanarak daha karmaşık ve belirsiz bir durum içerisinde olan uzun dönem bakım sigortası için bir prim ödeme modeli oluşturmaktır. Model oluşturmak için bir fiyatlandırma simülasyonu oluşturulmuştur. Bu simülasyon için yaş, insidans değerleri, reel faiz oranı, sistemden çekilme oranları ve daha birçok parametre kullanılmıştır. Matematiksel modelleme için gerekli olan kriterlerin sağlanabilmesi, daha gerçekçi sonuçlar elde edebilmek adına her bir yaş değeri için 100000 simülasyon kullanılıp yıllık ödemelerin şimdiki tutarına erişilmiştir. Duyarlılık analizleri sonucu yıllık ödemelerin şimdiki değerinin özellikle yaş ve insidans oranlarına duyarlılık gösterdiği; yaşın artması ile beraber yıllık ödemelerin şimdiki değerinin de orantılı bir şekilde arttığı gözlenmiştir. Aynı şekilde insidans oranlarının prim tutarının üzerindeki etkisini görebilmek için yapılan analizde insidans oranlarının üç katı alındığında yıllık ödemelerin şimdiki değerinin de oransal olarak arttığı gözlenmiştir.

UDB sigorta sisteminin Türkiye’de uygulanabilmesi için öncelikle sürdürülebilir finansman kaynaklarının olduğu, hem devletin hem de özel sektörün desteğini almış ve bu sistemin desteklenmiş olması gerekmektedir. Sistemik ve sade bir yasal kapsamda hem evde bakım hizmetinin hem de kurumsal bakım hizmetinin kapsandığı orta ve uzun vadede resmi olarak işlenmesine ihtiyaç vardır. Oluşturmuş olduğum bu sigorta modeli bir fiyatlandırma modeli olup kullanılması durumunda bireyin ödeyeceği primleri; yaş, çekilme oranları ve insidans oranlarını baz alarak ortalama bir değeri yansıtmaktadır.

KAYNAKLAR

- Ağören, V. (2017). Bakım Sigortası Ve Türkiye İçin Model Önerisi . *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği*, (12) 1-26.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (2. Baskı)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aközer, M. ve Nuhurat, C. ve Ş Say, Ş. (2011). Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 103-127.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. . *Sayıştay Dergisi*, (64),34-35.
- Altay, B. ve Emiroğlu, O. (2005). Yaşlılık Hizmetleri . *OMÜ Tıp Dergisi*, 165–170.
- Arun, Ö. (2008). Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 313-330.
- Asiskovitch, S. (2013). The Long-Term Care Insurance Program in Israel: solidarity with the elderly in a changing society. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2-3.
- Avcı, M. ve Teyyare, E. (2012). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi* 8(2), 199-221.
- Aydın, S. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: Mavi Ofset.
- Bal, T. (2016). OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler. *Sosyal Güvenlik*, 159-196.
- Beğer, T. ve Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 1-3.
- Bj, S. (1987). Medicine and Sports and Exercise. *Europe Pmc*, (2) 174-178.
- Black, KH. ve Skipper , HD. (1994). *Life Insurance, 12th Edition*. Englewood Cliffs.
- Campbell, J. (2005). Long-Term Care Insurance Comes To Japan. *Health Affairs*, 26-39.
- Cantürk, Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği Yüksek Lisans Tezi. *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*,.
- Chon, Y. (2012). Long-term care reform in Korea: lessons from the introduction of Asia's second long-term care insurance system. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 219-227.

- Colombo, F. ve Ana, L. ve Jérôme, M. ve Frits, T. (2011). Help Wanted Providing and Paying for Long-Term Care. *OECD Health Policy Studies*.
- Comfort, A. (1964). *Ageing The Biology Of Senescence*. London: Routledge&KeganPaul Ltd.ed.
- Cuellar, A. ve Wiener, J. . (2000). *Can social insurance for long-term care work? The experience of Germany*. Germany: Health Affairs.
- Çalış, S. (2006). *Türkiye’de sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.*. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Çavuş, M. ve Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi . *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 238-257.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*,. Ankara:: Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11-19.
- Çoban, M. ve Esatoğlu, A. ve İzgi, M. (2014). Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 154-76.
- Çohaz, A. (2010). Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım. *Akademik Geriatri*, 122-126.
- Demir, M. ve Ünsar, S. (2008). Kalp Yetmezliği Ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 119-130.
- Dixon, A. a. (2000). Has the Portuguese NHS Achieved Its Objectives of Equity and Efficiency. *International Social Security Review*, 53(4) 49–78.
- Dölek, B. (2012). Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım. *Klinik Gelişim*, 95-99.
- Dölek, B. (2013). Özürlü ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet Kuruluşları. İ. T. Karaca içinde, *Sosyal Hizmet Kuruluşları* (s. 80-109). Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1830.
- Duyar, İ. (2008). *Gerontolojinin Temelleri*. Ankara: TGV.
- Ellenbecker, C. ve Samia, L. ve Cushman, M. (2008). Agency For Healthcare Research and Quality. R. Huges içinde, *Home Healthcare*. Boston.
- Evans, R. (2002). Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. *Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press*, 31-58.
- Fitzgerald, M. (2012). Primary, Secondary, Tertiary Prevention: Important İn Certification and Practice. *Fhea News*, 1-12.
- Franklin, N. ve Tate, C. (2009). Lifestyle and Sccessul Aging. *Sage Journal*, 6-11.
- Fujisawa, R. ve Colombo, F. . (2009). The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. *OECD Health Working Paper*, 44.

- Getzen, T. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Glendenning, C. ve Wills, M. (2018). What Can England Learn From The German Approach To Long-Term Care Funding. *British Politics and Policy*, 1-3.
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited*. Washington: World Bank.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Yüce Yayıncılık.
- İstanbuluoğlu, H. ve Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp*, 86-99.
- Johnson, R. ve Uccello, C. (2005). IS PRIVATE LONG-TERM CARE INSURANCE THE ANSWER. *Boston College University Libraries.*, 2-23.
- Kaiser, U. (2011). Medicaid and Longterm Care Services and Supports. *Commission on Medicaid*. <http://www.kff.org/medicaid/upload/2186-08.pdf> adresinden alındı
- Karahan, A. v. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatry*, 5(4) 155-159.
- Kavuncubaşı, Ş. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:767.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2009). *Sağlık Kurumları Yönetimi(3.Baskı)*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Kocasoy, A. (2014). *TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YAPILAN HARCAMALAR VE FİNANSMANI*. AFYON: AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İKTİSAT ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ .
- Korur, A. (2010). *Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi,. Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Koşar, N. (1996). *Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı*. Ankara: Şafak Matbaacılık.
- Li, Y. (2007). Private Long-Term Care Insurance and Patterns Of Care. *Wayne State University, Michigan Ph.D. Thesis*.
- Lopez, O. ve Maria, A. (2013). The Hallmarks Of Aging. *Cell*, (153) 1194-1217.
- Maynard, A. ve Dixon, A. (2002). *Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience*. Philadelphia: Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Mitnitski, A. ve Graham, J. ve Mogilner, A. ve Rockwood, K. (2002). Frailty Fitness and Late Life Mortality İn Relation To Chronological and Biological Age. *BMC Geriatrics*, (2) 1-8.

- Mot, E. (2010). *The long term care system for the elderly in the Netherlands*. Brussels: ENEPRI Research Report No 90.
- Murray, C. ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assesing the Performance of Health Systems. *Bulletin of World Health Organisation*, Vol.78, N.6, p.717-731.
- Organization, W. H. (2002). *Active Ageing: A Policy Frame Work*. Genova: WHO.
- Orhaner, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1) 1-22.
- Özdemir, O. ve Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(4), 207-216.
- Özlem, Ö. ve Gözülü, M. ve Karsavuran, S. (2014). *Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*. ANKARA: Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi.
- Pamela Nadash, P. ve Cuellar, A. (2017). The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr reform. *Elsevier*, 588–593.
- Rasoanaivo, G. (2001). Stochastic Modeling of Long-Term Care Insurance, PHD. *University of Connecticut*, 1-144.
- Rhee, J. ve Done, N. ve Cairman, A. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 1319-1329.
- Rhodes, S. (1983). Age Related Differences İn Work Attitudes and Behavior . *Psychological Bulletin* , (93) 328-367.
- Rowe, W. ve Kahn, R. (1997). Successful Aging. *Cerontological Society Of America* , (37) 433- 440.
- Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems. *Options*.
- Schäfer, W. ve Kroneman, M. ve Boerma, W. ve Berg, M. Westert, G. Devillé, W. (2010). The Netherlands Health System Review. *Health systems in transition*, 12 (1) 1-229.
- Sevil, H. (2010). *Yaşlılığın Sosyal Anatomisi*. Ankara: SABEV Yayınları.
- Tatar, M. (2012). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Ankara Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 103-133.
- Tate, R. ve Lah, L. ve Cuddy, E. (2003). Definition Of Succesful Aging by Elderly Canadian Males. *The Gerontologist*, (43) 735-744.
- Tengilimoğlu, D. ve Işık, O. ve Akbolat, M. . (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. ANKARA: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Uğurlu, E. Ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:11, Sayı:2.
- Wild, C. ve Gibis, B. (2003). Evaluations of health interventions in social insurance-based countries. *Germany, the Netherlands and Austria, Health Policy*, 63: 187-196.
- Won, C. (2012). Elderly long-term care in Korea. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 4-6.
- Yalman, F. (2013). *Aile Hekimliği Sisteminin Hekimlerin Sunmuş Olduğu Hizmetlerin Kalitesine Etkisi: Düzce Örneği*. Düzce,: Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Yew, L. (2017). Future Of Long Term Care In Singapore. *Policy Analysis Exercise*, 1-77

EKLER

Program kodları

yıllık ödeme (reel)

yo=36000;

çekilme oranları

co1=.1

co2=.08

co3=.05

yıllık faiz oranı (reel)

fo=.05

yaş ve maksimum yaş

yas=63

makyas=99

toplam simülasyon sayısı

simsay=10000

bütün simülasyonların SDyo toplamı

TSDyo=0

for (sn in 1:simsay){

çekilme durumu

cd=FALSE

maluliyet durumu

md=FALSE

ölüm durumu

```

od=FALSE

# yıllık ödemelerin ŞD'i
SDyo=0

print(sn)
for (i in yas:makyas){

  # print(i)
  # rassal sayı üret
  u=runif(1,0,1)

  # sağlıklı
  if (!(cd)&!md)&!od){

    # çekilme oranını belirle
    if (i==yas){
      co=co1
    } else if (i==yas+1){
      co=co2
    } else {
      co=co3
    }

    # çekilme durumunu belirle
    if (u<co) {
      cd=TRUE
    }
    # print(cd)

    # maluliyet olasılığını belirle
    if (i<=incidence.rate[1,1]) {
      mo=incidence.rate[1,2]
    }
  }
}

```

```

} else if (i<=incidence.rate[2,1]) {
  mo=incidence.rate[2,2]
} else if (i<=incidence.rate[3,1]) {
  mo=incidence.rate[3,2]
} else if (i<=incidence.rate[4,1]) {
  mo=incidence.rate[4,2]
} else if (i<=incidence.rate[5,1]) {
  mo=incidence.rate[5,2]
} else if (i<=incidence.rate[6,1]) {
  mo=incidence.rate[6,2]
} else if (i<=incidence.rate[7,1]) {
  mo=incidence.rate[7,2]
} else if (i<=incidence.rate[8,1]) {
  mo=incidence.rate[8,2]
} else if (i<=incidence.rate[9,1]) {
  mo=incidence.rate[9,2]
} else {
  mo=incidence.rate[10,2]
}

# maluliyet durumunu belirle

if ((u>=co)&(u<co+mo)) {
  md=TRUE
}
# print(md)

# ölüm durumunu belirle
if ((u>=co+mo)&(u<co+mo+mortalitekadin[i+1,2])) {
  od=TRUE
}
# print(od)

```

```

}
# malül
if ((!cd)&(md)&(!od)){

# yıllık ödemelerin ŞD'ini belirle
SDyo=SDyo+yo/(1+fo)^(i-yas+1)

# ölüm durumunu belirle
if (u<3*mortalitekadin[i+1,2]) {
    od=TRUE
}
# print(od)
}
# print(SDyo)
}
TSDyo=TSDyo+SDyo
}
sdyo=TSDyo/simsay
print(sdyo)

```

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı	Gurbet	Soyadı	Çiftçi
Doğum Yeri	Hakkâri	Doğum Tarihi	01.10.1990
Uyruğu	Tc	Tc No	31180650082
E-Mail	H.Gurbetciftci@Gmail.Com	Tel	0542-813-41 48

EĞİTİM DÜZEYİ	MEZUN OLUNAN OKUL ADI	MEZUNİYET TARİHİ
Lise	Hakkâri Anadolu Lisesi	2010
Lisans	İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü	2015
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü	Devam Ediyor

YABANCI DİL	OKUDUĞUNU ANLAMA	KONUŞMA	YAZMA	YDS PUANI	
İngilizce	İyi	İyi	İyi	59	

SINAV ADI	SAYISAL	EŞİT AĞIRLIK	SÖZEL
ALES	73	73	72

	BİLGİSAYAR	BİLGİ DERECEİ
Ms Office		İyi
Spss		İyi
R Project		Orta

YAYINLAR

İstanbul Kuzey Bölgesi Hataneleri Yönetim Birimlerinde Çalışan Personelin Toplam Kalite Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri

1. İstanbul Sağlık Yönetimi Öğrenci Kongresi Bildiri Kitapçığı 16-17 Nisan 2014 İstanbul

