

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**UZUN DÖNEM YAŞLI BAKIM SİGORTASI
İHTİYACININ SOSYO-KÜLTÜREL VE
DEMOGRAFİK YÖNDEN İNCELENMESİ**

MUHAMMET İHSAN KARATÜRK

2501171409

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞENOL KURT

İSTANBUL-2021

ÖZ

UZUN DÖNEM YAŞLI BAKIM SİGORTASI İHTİYACININ SOSYO-KÜLTÜREL VE DEMOGRAFİK YÖNDEN İNCELENMESİ

MUHAMMET İHSAN KARATÜRK

İnsanın geniş zamanlı ihtiyaçlarını karşılamak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sağlamak, sağlık ve barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılamak için geliştirilen sisteme uzun dönem bakım adı verilmektedir. Uzun dönem bakım engelli ve yaşlı bireylere verilmektedir. Bu çalışmada yaşlılar için uygulanan uzun dönem bakım sistemi incelenmiş ve bu sistemin uygulandığı ülke örneklerine bakılmıştır. Örnek ülkelerin uyguladığı sistemler analiz edilmiştir. Türkiye gibi yaşlanma eğiliminde olan ülkeler için uzun dönem yaşlı bakımının önümüzdeki yıllarda daha da önemli olacağı düşünülmektedir. Bu sebepten dolayı Türkiye’de kurgulanacak uzun dönem bakım sistemi oldukça önemlidir. Bu çalışmada Türkiye’de halen yürürlükte olan uzun dönem bakım uygulamaları incelenmiş ve gelecekte olması muhtemel uzun dönem bakım sistemi için çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Yaşlılık, Bakım, Uzun Dönem Bakım, Sosyal Güvenlik

ABSTRACT

SOCIO-CULTURAL AND DEMOGRAPHIC ANALYSIS OF THE NEED FOR LONG-TERM ELDERLY CARE INSURANCE

MUHAMMET İHSAN KARATÜRK

The system developed to meet the wide-time needs of people, to fulfill daily life activities, to meet their basic needs such as health and shelter is called long-term care. Long-term care is given to disabled and elderly individuals. In this study, the long-term care system for the elderly was examined and the examples of countries where this system was applied were examined. The systems implemented by the sample countries have been analyzed. It is thought that long-term elderly care will be even more important in the coming years for countries with an aging trend such as Turkey. For this reason, the long-term care system to be built in Turkey is very important. In this study, the long-term care practices currently in force in Turkey have been and various suggestions have been made for the long-term care system that is likely to be in the future.

Keywords: Aging, Old Age, Care, Long Term Care, Social Security

ÖNSÖZ

Uzun dönem yaşlı bakım sistemi, yaşlı nüfus oranının fazlalığı sebebiyle dünyada gelişmiş ülkelerde uygulanan bir sistemdir. Bu sistemde amaç, yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yürütmesine yardımcı olmak ve yaşam koşullarını iyileştirmektir. Hollanda başta olmak üzere pek çok Avrupa ülkesinde ve diğer gelişmiş ülkelerde uzun dönem bakım sistemi uygulanmaktadır. Türkiye ise yaşlanma eğiliminde olan bir ülkedir. Nüfus projeksiyonlarında 2060 yılında ülkedeki yaşlı nüfusu oranının %22,6 olması tahmin edilmektedir. Fakat günümüzde mevcut olan uzun dönem bakım uygulamalarının Türkiye'nin artan yaşlı nüfus oranına karşı yetersiz olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada uzun dönem bakım sistemi uygulanan ABD, Almanya, Hollanda ve Japonya ülke örnekleri incelenmiş ve sistemlerin finansman kaynaklarına bakılmıştır. Çalışmanın son bölümünde ise Türkiye'deki uzun dönem bakım uygulamaları incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında Türkiye için çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Tez konusunun seçiminde ve yazım sürecinde yardımlarını esirgemeyen, geri dönüşleri ile çalışmanın şekillenmesinde katkısı olan danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Şenol Kurt'a şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca yüksek lisans ders döneminde dersinden ve tecrübelerinden faydalandığım hocam Dr.Öğr.Üyesi Hasan Şenocak'a da teşekkür etmek isterim. Bu süreçte desteklerini esirgemeyen ve geri dönüşleriyle çalışmaya katkıda bulunan arkadaşlarım Ömer Öztürk'e, Mert Çakır'a ve Ezgi Ünal'a teşekkür ederim.

Eğitim hayatımın şekillenmesinde büyük emekleri olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan aileme teşekkür ederim. Tez yazım sürecinde başlarını ağrıttığım babam Salih Karatürk ve annem Hatice Karatürk'e müteşekkirim. Ayrıca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ablam Hidayet Hanım Gende'ye ve Elif Göktaş'a da teşekkür etmek isterim.

Bu çalışmada amacım ülkemizdeki yaşlı nüfusa yönelik geliştirilen politikalara katkıda bulunmaktır. Ayrıca yapılan çalışmanın Türkiye'de kurulacak olan uzun

dönem yaşlı bakım sisteminin şekillenmesinde katkıda bulunmasını ve bu çalışmayı okuyacılara faydalı olmasını ümit ediyorum.

İSTANBUL, 2021

MUHAMMET İHSAN KARATÜRK



İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLANMA, SOSYAL GÜVENLİK ve UZUN DÖNEM BAKIM

1.1.Yaşlanma Kavramı.....	5
1.2.Sosyal Güvenlik ve Kapsamı.....	9
1.3.Uzun Dönem Yaşlı Bakımı.....	11
1.2.1.Uzun Dönem Bakım Programı ve Harcaması.....	18
1.2.2.Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler.....	23
1.2.2.1.Evde Bakım.....	25
1.2.2.2.Kurumda Bakım.....	27

İKİNCİ BÖLÜM

UZUN DÖNEM BAKIMI UYGULAMASI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ

2.1.Amerika Birleşik Devletleri(ABD).....	29
2.1.1.ABD'nin Nüfus Yapısı.....	30
2.1.2.ABD'de Uzun Dönem Bakım.....	31
2.1.3.ABD'de Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler.....	33
2.1.3.1.ABD'de Evde Sağlık Hizmeti.....	34
2.1.3.2.ABD'de Bakımevi Hizmeti.....	36
2.2.Almanya.....	37

2.2.1.Almanya'nın Nüfus Yapısı.....	38
2.2.2.Almanya'da Uzun Dönem Bakım.....	40
2.2.3.Almanya'da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler.....	42
2.2.3.1.Almanya'da Evde Bakım Hizmeti.....	43
2.2.3.2.Almanya'da Kurumsal Bakım.....	44
2.3.Hollanda.....	46
2.3.1.Hollanda'nın Nüfus Yapısı.....	46
2.3.2.Hollanda'da Uzun Dönem Bakım.....	48
2.3.3.Hollanda'da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler.....	50
2.3.3.1.Hollanda'da Evde Bakım.....	53
2.3.3.2.Hollanda'da Kurumda Bakım Hizmeti.....	55
2.4.Japonya.....	56
2.4.1.Japonya'nın Nüfus Yapısı.....	57
2.4.2.Japonya'da Uzun Dönem Bakım.....	58
2.4.3.Japonya'da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Temel Hizmetler.....	61
2.4.3.1. Japonya'da Evde Bakım.....	61
2.4.3.2. Japonya'da Kurumda Bakım.....	63

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE YAŞLI NÜFUS ve UZUN DÖNEM BAKIM İHTİYACI

3.1.Türkiye'nin Nüfus Yapısı.....	65
3.2.Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar.....	70
3.2.1.Huzurevleri.....	72
3.2.2.Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri.....	75
3.2.3.Gündüzlü Bakım Hizmetleri.....	78
3.2.3.1.Aktif Yaşam Merkezleri.....	79
3.2.3.2.Yaşlı Destek Programı(YADES).....	79
3.2.4.Evde Bakım.....	81
3.2.5.2022 Sayılı Kanun Kapsamında Sosyal Yardımlar.....	83

SONUÇ	88
KAYNAKÇA	97



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1.: Dünya Nüfus Projeksiyonu-2030.....	8
Tablo 1.2.: Gelişmiş Ülkelerin Yaşlı Nüfus Oranla.....	17
Tablo 2.1.: ABD’de Evde Bakım Maliyeti (Yıllık).....	36
Tablo 2.2.: Uzun Dönem Bakım Hizmeti Kapsamından Yaralanan kişi Sayısı.....	54
Tablo 2.3.: Japonya’da Yaşlılar için Refah Politikalarının Gelişimi.....	59
Tablo 3.1.: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Dağılımı 2018-2080.....	68
Tablo 3.2.: Türkiye’de ASH Bakanlığı’na Bağlı Huzurevi Sayısı.....	74
Tablo 3.3.: ASHB Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Ücret Tablosu(Aylık).....	77
Tablo 3.4.: YADES Kapsamının Yıllara Göre Gelişmesi.....	80
Tablo 3.5.: Yaşlılık Maaşı Alan Kişi Sayısı ve Ayrılan Kaynak Miktarı.....	86

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.1.: Yaş'a Göre Dünya Nüfusu.....	7
Grafik 1.2.: Yaş'a Göre Bağımlılık Oranı.....	21
Grafik 2.1.: ABD Yaşlı Nüfus Oranı.....	31
Grafik 2.2. : ABD'de Lisanslı Bakımevleri.....	37
Grafik 2.3.: Almanya'nın Yaşlı Nüfus Oranı.....	39
Grafik 2.4.: Almanya'nın Doğurganlık Oranı.....	40
Grafik 2.5.: Almanya'da Bakım İhtiyacı Olan Kişi Sayısı.....	42
Grafik 2.6.: Hollanda Yaşlı Nüfus Oranı.....	47
Grafik 2.7.: OECD Ülkelerinde UDB Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payları.....	48
Grafik 2.8.: Japonya Yaşlı Nüfus Oranı.....	57
Grafik 3.1.: Türkiye'nin Toplam Nüfusunun ve Nüfus Artış Hızının Yıllara Göre Değişimi.....	66
Grafik 3.2.: Türkiye Nüfusu Projeksiyonları 2018-2080.....	67
Grafik 3.3.: Türkiye'de Doğum Sayısı ve Doğurganlık Hızı 2001-2019.....	69

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1.: Hollanda Uzun Dönem Bakım Programının Yıllar İçerisindeki Değişimi.....	52
---	----



KISALTMALAR LİSTESİ

a.g.e.	: Adı geçen eser
a.g.m.	: Adı geçen makale
A.S.H.B.	: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABWZ	: İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu
BM	: Birleşmiş Milletler
CBS	: Hollanda İstatistik Bürosu
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Kurumu
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HHS	: United States Department of Health and Human Service
IMF	: Uluslararası Para Fonu
LPNs	: Licensed Practical Nurses
MS	: Medicaid Service
NAD	: Hollanda Sağlık Bakanlığı
NATO	: North Atlantic Treaty Organization
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
RNs	: Registered Nurses
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHÇEK : Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UDB : Uzun Dönem Bakım

UDBS : Uzun Dönem Bakım Sigortası

WB : World Bank

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

WMO : Sosyal Destek Yasası

YADES : Yaşlı Destek Programı

GİRİŞ

Canlı veya cansız varlıklar zaman içerisinde değişime uğramaktadır. Bu değişim yıpranma veya yaşlanma şeklinde meydana gelmektedir. Yıpranma kavramı genellikle cansız varlıklar için kullanılırken, yaşlanma olgusu canlı varlıklar için kullanılmaktadır. Bir süreci ifade eden yaşlanma, insanın zaman içerisinde uğradığı değişimi anlatmaktadır. Bu süreç kendi içerisinde çeşitli şekillerde meydana gelmektedir. Bunları biyolojik, psikolojik ve kronolojik yaşlanma olarak üç şekilde tanımlamak mümkündür.

Yaşlanma türlerinden biri olan biyolojik yaşlanma, zaman içerisinde insan vücudunda meydana gelen değişimleri ifade etmektedir. Psikolojik yaşlanma, bireyin yaşadığı tecrübeler sonucunda kendi davranışlarında meydana gelen değişimi ifade etmektedir. Kronolojik yaşlanma ise doğumla birlikte başlayan ve içinde bulunulan yaşın ilerlemesi ile geçen zamana verilen isimdir. Yaşlanma değişik şekillerde meydana geldiği için geniş tanımlamalara sahiptir.

Belirli bir zaman aralığında meydana gelen değişimin diğer bir ifade ile yaşlanmanın son bölümünü yaşlılık oluşturmaktadır. İnsan yaşamını bebeklik ve çocukluk; gençlik ve orta yaş ve yaşlılık olmak üzere üç bölüme ayırmak mümkün olup, yaşlılık yaşamın son bölümü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 65 ve üzeri yaştaki insanlar yaşlı olarak kabul edilmektedir. Fakat yaşlı sayılmak için alt sınır olarak kabul edilen yaş ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların temelinde ülkelerin nüfus yapıları, gelişmişlik düzeyleri ve sağlık imkanları gibi faktörler vardır. Bu tez çalışmasında literatürde genel kabul görmüş yaşlı sayılma yaşı 65 yaş olarak kabul edilmiştir.

Dünya genelinde yaşlı nüfus oranları artmaktadır. OECD'nin nüfus projeksiyonlarında dünyanın toplam nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus oranının artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfus oranı ülkeden ülkeye hatta ülke içerisinde bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir. Genel olarak, yaşlı bireylerin oranının fazla olduğu ülkelerde yaşlılarla ilgili politikalar daha çok geliştirilmiştir. Yaşlılık aylığı, toplu ulaşım araçlarından ücretsiz yararlanma, sağlık imkanlarından geniş kapsamlı

faydalanma, uzun dönem bakım (UDB) programı geliştirilen bu politikalardan bazılarıdır.

UDB, yaşlı ve engelli bireylerin geniş dönemli ihtiyaçlarını karşılamak üzere uygulanan bakıma verilen isimdir. Bu tez çalışmasında UDB sisteminin yaşlılarla ilgili olan politikaları ve uygulama örnekleri üzerinde durulmuştur. UDB literatürde ve uygulamada evde ve kurumda bakım olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır.

Evde bakım enformel bakım olarak nitelendirilmektedir. Yaşlı bireyin kendi evinde hane halkı üyeleri, akrabalar veya komşular tarafından gerçekleştirilen bakım türü evde bakımdır. Ev içerisinde yaşlı bireyin temel ihtiyaçlarının giderildiği bu yaklaşım, kimi zaman hemşirelerin de yaşlı bireyin evde bakımına dahil olduğu bir modeli ifade etmektedir. UDB programları uygulanan ülkelerin genelinde evde bakım gerçekleştirilen hanelere nakdi destekler verilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlı birey ve aile fertlerine psikolojik ve sosyal destek imkanları da evde bakımda sunulan hizmetlerden bazılarıdır.

Evde bakım hizmetlerinin yetersiz olması durumunda yaşlı bireylere kurumda bakım hizmetleri sunulabilmektedir. Kurumda bakım kapsamında pek çok hizmetler mevcuttur. Kurumda bakım yatılı veya gündüzlü bakım şeklinde sunulabilmekte olup yaşlı bireyin ihtiyacına göre kurumda bakım hizmetlerinin kapsamı genişletilebilmektedir. Kurumda bakım imkanından yararlanan yaşlı bireyin kendi yaşlıları ile aynı ortamı paylaşması söz konusudur. Bu durumun bireyin toplumsal hayattan kopmamasına imkân sağladığını düşünmek mümkündür. Bu hizmet modelinde birey akranları ile aynı sosyal ortamda bulunurken, çocuklarını ve akrabalarını ise ziyaret günlerinde görebilmektedir.

Bu tez çalışmasında seçilmiş gelişmiş ülkelerdeki UDB programlarının kapsamı ele alınmıştır. Programı uygulayan ülke örnekleri incelenerek Türkiye’de UDB programının nasıl uygulandığı ve ne tür özelliklere sahip olduğu üzerine değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır. Tezde geniş literatür taraması yapılarak yaşlılık ve UDB ile ilgili kapsayıcı bilgiler elde edilmiştir. Elde edilen bilgiler ışığında yaşlılık kavramının UDB programı ile olan ilişkisi incelenmiştir. Buna göre bu çalışmanın amacı, dünyada UDB sistemi uygulanan ülke örneklerine bakılarak nüfus

projeksiyonlarında yaşı nüfus oranının benzer bir artış göstereceği öngörülen Türkiye’de mevcut UDB politikalarının durumunu analiz etmek ve geleceğe yönelik önerilerde bulunmaktadır.

Tezin ilk bölümünde yaşlanma, yaşlılık ve sosyal güvenlik kavramları açıklanmıştır. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi uluslararası örgütlere göre yaşlılık istatistiklerine yer verilmiştir. Yaşlı nüfus oranının artması ile bu nüfusun çeşitli ihtiyaçları ve problemleri de beraberinde artmaktadır. Yaşlı nüfus için en temel ihtiyaçlardan birisi de bakımdır. Bu ihtiyacın karşılanması için finansmana gerek duyulmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri finansman kaynağının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Toplumun bütün fertleri için muhtemel tehlikelere karşı çeşitli tedbirler almayı amaçlayan sisteme sosyal güvenlik denilmektedir. Yaşlılık da bu risklerin başında geldiği için sosyal güvenlik sistemi yaşlılık riskine karşı tedbirler almak durumunda kalmıştır. Bu bölümde yaşlılık kavramının sosyal güvenlik sistemleri içerisindeki yeri tartışılmıştır.

Tezin ikinci bölümünde UDB hizmetlerinin sunulduğu ülke örneklerine yer verilmiştir. Bu bölümde Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda ve Japonya örnek ülkeler olarak ele alınmıştır. Bu ülkeler seçilirken ülkelerin nüfus yapıları, gelişmişlik düzeyleri, farklı kıtalarda bulunmaları, sosyal güvenlik sistemlerinin değişiklik arz etmesi, UDB uygulamalarının farklılık göstermesi ve toplum yapılarındaki farklılıklar göz önüne alınmıştır. Çalışmada ülkelerin nüfus yapıları ele alınarak yaşlı nüfus oranlarına dikkat çekilmiştir. Ardından ülkelere uygulanan UDB programları evde ve kurumda bakım olmak üzere iki temel kategoride ele alınmıştır.

Tezde son bölüm olan üçüncü bölümde Türkiye’nin nüfus yapısı ve mevcut UDB uygulamaları incelenmiştir. Türkiye’de uygulanan UDB uygulamaları; huzurevleri, gündüzlü bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, 2022 sayılı kanun kapsamında sunulan hizmetler şeklinde incelenmiştir. Sunulan UDB uygulamalarının artan yaşlı nüfus karşısında yeterliliği tartışılmıştır.

Sonuç kısmında ise Türkiye’de UDB programının kapsam ve niteliği genişletilerek artacak olan yaşlı nüfus oranına hazırlıklı olmak gerektiği vurgulanmıştır. İkinci bölümdeki ülke örnekleri ile Türkiye arasında bir karşılaştırma

yapılarak sunulan hizmetlerin eksikleri ve düzenlenmesi gereken hususlar söylenmiştir. Türkiye’de artan yaşlı nüfus oranına karşı daha kapsamlı uygulamalar sunulmasının gerekliliği tartışılmıştır. UDB sisteminin kurgulanabilmesi için çeşitli önerilerde bulunulmuştur.



BİRİNCİ BÖLÜM

YAŞLANMA, SOSYAL GÜVENLİK ve UZUN DÖNEM BAKIM

1.1. Yaşlanma Kavramı

Var olan her şey zamanla değişime uğramaktadır. Cansız varlıklarda bu sürece yıpranma veya eskime adı verilirken, canlı varlıklarda bu değişim süreci yaşlanma olarak ifade edilmektedir. İnsanın doğumundan içinde bulunduğu zamana kadar olan bütün dönemleri kapsayan sürece kronolojik yaşlanma, içinde bulunduğu yaş içerisindeki vücut yapısında ve fonksiyonlarında meydana gelen değişimler ise biyolojik yaşlanma denilmektedir.¹ Yaşlanma hem kronolojik olarak hem de biyolojik olarak gerçekleşmektedir. İkisi de birbiriyle bağlantılı olan yaş türleridir. Kronolojik yaş beraberinde biyolojik yaşlanmayı da getirmektedir. Genel olarak yaşlanma insan ömrünün her döneminde gerçekleşen bir olgudur.

Yaşlanma, geniş bir tanıma sahip ve çok yönlü değerlendirilebilecek bir kavramdır. En geniş tanımıyla doğum ile başlayıp ölüme kadar olan değişim süreci olarak ifade edilmektedir. İnsan ömrünün süresi çeşitli etkenler dahilinde değişkenlikler göstermekle birlikte yaşlılık kavramı genel olarak ortalama yaşam süresi üzerinden değerlendirilmektedir. Fakat yaşlanma sadece yaşla ilgili değildir.

Yaşlılık sözlük anlamı olarak yaşlı olma, artmış yaştan etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma, canlılar için biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma ulaştıktan sonra, yani üreme döneminin bitiminden ölüme kadar geçen zaman dilimindeki değişim ve dönüşüm sürecidir.² Yaşlanma, insanın kendi başına yapabildiği faaliyetlerin sınırlandırılmasına da sebep olmaktadır. Yaşlanmayı biyolojik

¹ Rukiye Pınar Bölüktaş, **Temel Gerontoloji**, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, (Çevrimiçi), http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/temel_gerontoloji.pdf, Erişim tarihi: 23.03.2021.

² Fatma Öz, “Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açından Gözden Geçirme”, **Kriz Dergisi**, C:10, S:2, 2002, s.18.

yaşlanma, psikolojik yaşlanma, kronolojik yaşlanma olarak sınıflara ayırmak mümkündür.

Biyolojik yaşlanma, zamanla bireyin vücut yapısında meydana gelen değişikliklerdir. Diğer bir tanımla biyolojik yaşlılık, insan vücudunda meydana gelen fiziksel ve hücrel bozukluklar ve yıpranmalar olarak tanımlanabilir. İskelet yapısında ve ciltte meydana gelen değişimler biyolojik yaşlanmanın görünür sonuçlarıdır. Fiziksel olarak ortaya çıkan bu yıpranmalar insanların mental olarak da etkilenmelerine sebep olarak psikolojik yaşlanmayı tetiklemektedir.

Psikolojik yaşlanma, bireyin fiziksel kayıpları ile meydana gelen davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimlerin bütünüdür. Kısacası psikolojik yaşlanma, mental açıdan meydana gelecek sağlık sorunları sonucunda ortaya çıkmaktadır. İnsanın yaşlanma sürecinde sevilen birinin kaybı, başkalarına bağımlılığın artması, fiziksel rahatsızlıklar, ekonomik yetersizlik ve sosyal destek kaybı depresyon olasılığını artırmaktadır. Dolayısıyla da psikolojik yaşlanma hızlanmaktadır.

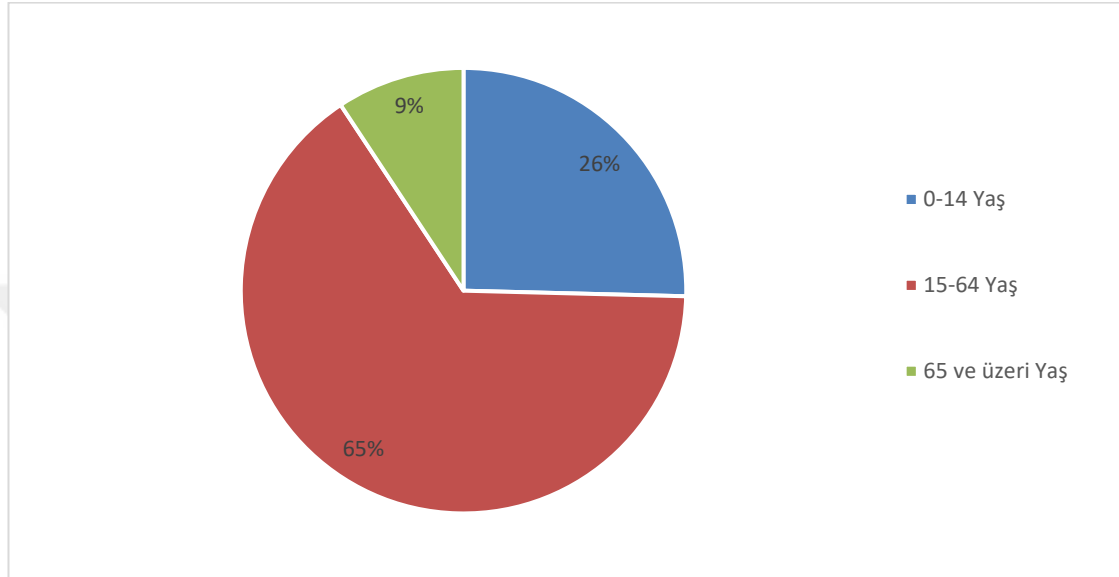
Kronolojik yaşlanma ise insanın doğumu ile başlayan ve yaşı ilerlemesi ile geçen zamandır. Diğer bir ifade ile kronolojik yaşlanma takvim yaşı olarak tanımlanmaktadır.³ Kısacası yaşlanmayı vücudun gerilemesi ve eskimesi olarak tanımlamak mümkündür. Yaşlı bireylerin dünya nüfusu içerisindeki payının giderek arttığı düşünüldüğünde, toplumda yardıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin oranında artışların meydana geldiği görülmektedir.

Günümüzde dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre de yaşlı nüfus oranının artacağı öngörülmektedir. Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, gelişmişlik düzeyleri, sağlık koşulları, doğurganlık oranı vs. yaşlı nüfus oranlarını etkilerken, yaşlı nüfustaki değişim de toplumsal yapıyı derinden etkilemektedir. Dolayısıyla ülkelerin sahip oldukları yaşlı nüfus oranı gelecekte iktisadi, siyasi ve kültürel yapı üzerinde önemli bir rol oynayacaktır.

³ Murat Aslan ve Çiçek Hocaoglu, “Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C:7, S:1, 2017, s.53.

Dünya nüfusu içerisindeki toplam yaşlı nüfus oranı Grafik 1.1.'de gösterildiği üzere toplam nüfusun yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Buna göre dünyada her 10 kişiden biri 65 ve üzeri yaşta bulunmaktadır ve bu oranın giderek artacağı tahmin edilmektedir.

Grafik 1.1. Yaşa Göre Dünya Nüfusu



Kaynak: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, 2020.

BM Nüfus Fonuna göre 2020 yılında dünyadaki yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki payı %9,3'tür. Gelişmiş ülkelerde bu oran %19 iken, gelişmemiş ülkelerde %3,6 gibi düşük bir sayıya tekabül etmektedir. Gelişmemiş ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki farkın bu denli açık olması; sağlık koşulları, ekonomik etkenler, doğumda beklenen yaşam süresi, doğurganlık oranı gibi sebeplere dayanmaktadır. Yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki payı, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren parametreler arasındadır.

Birleşmiş Milletler tarafından çıkarılan "Dünya Nüfusu Yaşlanma Raporu 2019" isimli yayında, insanların kronolojik yaşına bağlı olarak 65 yaş ve üstü olanlar yaşlı olarak tanımlanmaktadır.⁴ Dünya Sağlık Örgütü ise gelişmiş ülkelerin pek

⁴ BM, World Population Ageing 2019: Highlights, 2019.

çoğunda yaşlılığın alt sınırını 65 yaş olarak tanımlamakta, fakat az gelişmiş ülkeler için bu sınırlamanın yeterli olmadığını belirtmektedir.⁵

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında bir paralellik mevcuttur. Sağlık sistemi ile gelişmişlik düzeyi arasındaki pozitif bağlantı göz önünde bulundurulduğunda 65 yaş ve üzerindeki insanları her ülke için yaşlı olarak kabul etmek doğru değildir. Az gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus hem çok azdır hem de insanlar gelişmiş ülkelere göre biyolojik olarak daha erken yaşlanmaktadır. Fakat ilerleyen dönemlerde bu ülkelerde de yaşlı nüfusun artacağı tahmin edilmektedir.⁶ Bu çalışmada, literatürde yaşlılık eşiği olarak genel kabul gören 65 yaş ve üzerindeki bireyler yaşlı olarak kabul edileceklerdir.

Nüfus projeksiyonlarına göre dünya üzerinde 2030 yılında yaklaşık bir milyar insanın 65 ve üzeri yaşta olacağı tahmin edilmektedir. Bu veriler dünya nüfusunun yaşlanacağını göstermektedir. OECD verilerine göre sadece gelişmiş ülkelerde değil tüm dünyada yaşlı nüfusun artacağı tahmin edilmektedir.

Tablo 1.1. Dünya Nüfus Projeksiyonu-2030

Zaman	2018	2019	2020	2030
65 ve üzeri Yaş	680.937.077	705.274.514	729.380.081	996.943.708
Toplam Nüfus	7.632.819.325	7.714.576.923	7.795.464.634	8.551.198.644
Yaşlı Nüfus Oranı	8,90%	9,10%	9,30%	11,60%

Kaynak: OECD, Nüfus Projeksiyonları, (Çevrimiçi), <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POP PROJ#>, Erişim tarihi: 09.11.2020.

Tablo 1.1.'de görüldüğü üzere dünyada yaşlı nüfusu 2018,2019 ve 2020 yıllarında sürekli olarak artmıştır. İki yıl gibi bir sürede yaşlı nüfusunda 150 milyonluk

⁵ Seyran Gürsoy Çuhadar, Kuvvet Lordoğlu, “Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma ve Sorunlar”, *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi*, S:54, 2016, s.66.

⁶ World Bank Blogs, (Çevrimiçi), <https://blogs.worldbank.org/opendata/worlds-population-will-continue-grow-and-will-reach-nearly-10-billion-2050>, Erişim tarihi: 01.05.2021.

bir artış meydana gelmiştir. Nüfus projeksiyonlarında da 2030 yılına gelindiğinde yaşlı nüfusu yaklaşık bir milyar insan yaşlı nüfusu oluşturacaktır. Biyolojik yaşlanma genel olarak bakıma olan ihtiyacı da artırdığı için bu yöndeki ihtiyaçları da karşılayacak bir sistemin olması gerekmektedir. Sosyal güvenlik sistemi genel olarak bu riskleri azaltmak adına ortaya çıkan bir yapıdır.

Sosyal güvenlik sisteminde çeşitli risk grupları koruma altına alınmıştır. Yaşlılık da koruma altına alınan bu risk grupları arasında yerini almaktadır. Fakat sosyal güvenlik sistemleri büyük ölçüde yaşlıların gelir ve sağlık harcamaları risklerini öncelemektedir. Ancak genel olarak yaşlı nüfus oranının artması, bu nüfus içinde de süper yaşlı olarak nitelendirebileceğimiz 85 yaş ve üzeri nüfusun oranının artması yaşlıların UDB ihtiyaçlarının karşılanması meselesini gündeme getirmektedir. Uzun dönemli yaşlı bakımının, yaşlılık dönemindeki gelir ve sağlık harcamaları riskleri gibi sosyal sigortaların bir kolu olarak özellikle gelişmiş ülkelerde çıkmaya başladığı görülmektedir.

Bu sigorta, içerisinde hem ekonomik yardım hem de bakımı barındırmaktadır. Bu denli kapsamlı bir sistemin kurulması ve sürdürülmesi zor görünmektedir. Günümüzde sosyal güvenlik sistemleri, özellikle de sosyal sigorta sistemleri, önemli finansal sorunlar yaşamaktadır. Çalışan genç nüfustaki oransal azalma primli sistemlerin sürdürülmesini giderek güçleştirmektedir. Mevcut sigorta dallarına UDB sigortasının da eklenmesi finansal sorunları daha da ağırlaştıracaktır. Yaşlı bakım sigortalarının öneminin ve gerekliliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için sosyal güvenlik sistemlerinin bir bütün olarak ele alınması ve anlaşılması gerekmektedir.

1.2. Sosyal Güvenlik ve Kapsamı

Sosyal güvenlik, kişilere belirli riskler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahiptir. Yaşlılığın getirdiği risklere karşı oluşturulan güvenceler sosyal güvenlik sistemi içerisinde önemli bir yer tutmaktadır.⁷ Bu risklerin gerçekleşmesi insanın yaşamında ruh ve beden sağlığı için büyük harcamalar yapacak durumlara

⁷ F. Kerim Anadolu, “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C:11, S:3-4, 2003, s.s. 47-48.

sebepe olabilmektedirler. Meydana gelecek bu gibi durumları engellemek için mal ve gelir kaybını önleyici tedbirleri almak ve uygulamaya koymak gerekmektedir. İnsanların yaşamlarında karşılaştıkları sağlık, iş kazası, annelik ve yaşlılık gibi risklere karşı güvence sağlayan sisteme ‘sosyal güvenlik’ ismi verilmektedir.⁸

Dünyada genel olarak kabul edilen sosyal güvenlik sistemlerinde, emeklileri finanse edenlerin prim ödeyen kişiler olduğu görülmektedir. “Pay as you go” olarak da adlandırılan dağıtım modelinde, bir yılın gelirleri ile giderlerini denkleştirme esası bulunmaktadır. Bu modelde temel amaç toplanan primlerin enflasyondan etkilenmesini önlemektir. Prim ödeyen yani aktif çalışanlar ile prim ödemeyen pasif sigortalı grup arasında kurulmuş olan bu ilişki demografik ve teknik açıdan da değişiklikler göstermektedir.⁹ Prim ödeyenlerin sayısı ödemeyenlerden fazla ise ya ödenen prim miktarı azaltılmakta ya da yapılan yardımlar artırılmaktadır. Prim ödeyenler, ödemeyenlerden az ise tam tersi bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durumda dağıtım işinde denge zorunlu hale gelmektedir. Aktüeryal denge adı verilen bu dengenin sağlanması sosyal güvenlik sisteminin işleyişi için hayati önem arz etmektedir.

Sosyal güvenlik sisteminde uygulanan diğer finansman sistemi ise fon biriktirme yöntemidir. Burada uygulanan sistem, risklerin ileriki zamanlarda sebepe olacağı ödemeleri karşılamak adına bir fon havuzu oluşturmak üzerine kurulmuştur. Fon biriktirme modeli bireysel ve toplu olmak üzere iki şekilde uygulanmaktadır. Bireysel fon biriktirme sisteminde kişinin kendisinin ve işvereninın ödeyeceği primler sigortalının bireysel sigorta hesabına geçmektedir. Böylece her bireye ileride meydana gelecek tehlikelere karşı kendi hesabından ödeme yapılmaktadır. Fakat bu model dayanışma ilkesine ters düştüğü için terk edilmiştir. Toplu fon biriktirme sisteminde ise bireylerin ödediği primler sosyal güvenlik kurumunun hesabında toplanmaktadır. Belirli bir dönemde toplanan primlerin, dağıtım yöntemindeki gibi o dönemde pay edilmesi söz konusu değildir. Fonların işletilmesi ile elde edilen gelirler ileride yapılacak olan sigorta yardımlarının finansmanını kolaylaştırmaktadır. Fonların

⁸ ILO, **FACTS on Social Security**, Geneva, 2005.

⁹ Mikail Altan, İsmail Aslanlar, “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli”, **Reasürör**, S:42, s.19, 2001.

işletilmesi ülke ekonomisine de katkı sağlamaktadır. Bu model uzun vadeli sigorta kollarında uygulanan bir modeldir. Fakat bu model, sosyal transferlerin gerçekleşmesini kısıtladığından çok tercih edilmemekle beraber, genel olarak dağıtım modelinin alternatifi olarak görülmektedir.¹⁰

Yaşlılara yönelik UDB hizmetleri ise sosyal hizmetlerin içerisinde yer almaktadır. Sosyal hizmet, sadece ekonomik nedenlerden kaynaklanmamakla birlikte toplumun mevcut yaşam seviyesine sürekli veya süresiz olarak ulaşamayıp sosyal veya ekonomik yönlerden yardıma ihtiyacı olan bireylere karşılıklı veya karşılıksız sunulan hizmetlerin toplamıdır.¹¹ Yaşlılara sunulacak bakım hizmeti de sosyal hizmet çatısı altında verilmektedir.

Yaşlılara sunulan hizmetler, yatılı destek hizmetleri, eve yapılan ziyaretler, psikolojik destek seansları olmak üzere pek çok alanda verilmektedir. Yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına göre yapılan hizmetler, verilen hizmetin büyüklüğüne veya maliyetine göre gruplara ayrılmaktadır.¹² Kategorileştirme ülkeden ülkeye değişmekle birlikte örneğin Almanya’da bakıma ihtiyacı olanlar için 0,1,2 ve 3 olmak üzere 4 çeşit derecelendirme sistemi mevcutken ABD’de Medicaid ve Medicare olmak üzere 2 tür bakım sisteminden bahsetmek mümkündür. Ülkelerin toplum yapıları da yaşlı bakımında önemli faktörlerden birisidir.

1.3. Uzun Dönem Yaşlı Bakımı

Günümüzde yaşlı nüfus 65 ve üzerindekiilerin oluşturduğu nüfusu ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Bankası (WB) gibi uluslararası örgütler de 65 ve üzerini yaşlı nüfus olarak kabul etmektedir.¹³ Uluslararası örgütler tarafından kabul edilen alt sınırın ülkelerin toplam nüfusu içerisindeki payı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar yaşam

¹⁰ İsmail Güneş, Soner Yakar, “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C:13, S:2, 2004, s.s.129-130.

¹¹ Orhan Bingöl, “Genel Bağlarıyla Sosyal Hizmet ve Toplum”, **Mavi Atlas**, 2015, S:5, s.70.

¹² Şeniz Özmert Koçer, “Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları”, (Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014, s.74.

¹³ World Health Organization, (Çevirimiçi), <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>, Erişim tarihi: 13.02.2020.

koşullarının değişiklik göstermesi, nüfus artış hızı, sağlık hizmetlerinin gelişmişliği ve bu hizmetlerden yararlanma imkanları gibi nedenlere dayanmaktadır. Bu sebeptendir ki, yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı gelişmiş ülkelerde daha fazla gözükmemektedir.

Gelişmiş ülkeler, 1950’li ve 60’lı yıllardan itibaren artan yaşlı nüfusları ile ilgili ne tür politikalar uygulayacaklarını tartışmaya başlamışlardır. Bu konudaki ilk somut örnek ise Hollanda’da genel sağlık harcamalarının altında “Harici Sağlık Harcamaları” adı ile yaşlılara yönelik yapılmış bir düzenleme olarak görülmektedir.¹⁴ Ardından kıta Avrupa’ında bulunan ülkeler kendi yaşlı nüfuslarına yönelik politikalar geliştirmek ve uygulamak için Hollanda’nın yapmış olduğu politikaları örnek alarak hareket etmişlerdir.

Sosyal güvende yer alan risklerden birisi de yaşlılıktır.¹⁵ İnsan ömrünün son aşaması olarak kabul edilen yaşlılık evresi, sosyal güvenlik açısından da önemli riskleri barındırmaktadır. İnsanların gelir getirici işte çalışmadıkları ve sık sık sağlık sorunlarıyla karşılaştıkları bu dönemde finansal birtakım risklerle karşılaşmaları kaçınılmaz gözükmemektedir. Bu riskleri azaltmak adına çalışılan gün sayısı ve yatırılan prim karşılığında yaşlılık aylığından faydalanılan sistemler oldukça yaygındır. Emekliliğin finansman sistemi ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte çalışanlardan kesilen primlerin yaşlıların aylıklarının ödenmesinde yaygın olarak kullanıldığı sistem, birçok ülkede yaşlılık aylığı sisteminin finansman temelini oluşturmaktadır. Bu sistemde yaşlılık aylığı alan kişiler, aktif olarak çalıştıkları dönemlerde sisteme katkıda bulunmaktadırlar. Yaşlı nüfus ile aktif çalışan nüfus arasındaki oran sürdürülebilir bir sigorta sistemi açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu ilişki bağımlılık oranı ile açıklanmaktadır.

Yaşlı nüfusun çalışma çağındaki nüfusa oranı yaşlı bağımlılık oranı olarak ifade edilmektedir.¹⁶ Daha açık bir ifade ile yaşlı bağımlılık oranı çalışma çağındaki

¹⁴ Costanzo Ranci ve Emmanuele Pavolini, **Reforms in Long-Term Care Policies in Europe**, Springer Science+Business Media, New York, 2013, p. 97.

¹⁵ Turan Yazgan, **İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul, C:III, 2011, s.23.

¹⁶ İsmet Koç vd., Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (Çevirimiçi), http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf, Erişim tarihi: 27.03.2020.

her 100 kiři bařına dūřen 65 yař ve űstű birey sayısını gűstermektedir. İstisnalar olsa da bu oran űlke içerisindeki yařlanmayı istatistiksel olarak da gűstermektedir. Yařlı nűfus oranının fazla olduėu űlkelerde bu oran yűksektir. Bu oranın yűkseklėi bu konunun yasa koyucular tarafından ele alınmasını gerekli kılmıřtır.

Yaşlılarla ilgili politikalar refah devletlerinin temel politikaları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Refah devletlerinin oluşum sűrecine bakıldığında devletin temel problem alanları eğitim, sağlık, sosyal gűvenlik ve yoksulluk gibi alanlardan oluşmaktadır.¹⁷ Sosyal politika sadece toplumun dezavantajlı gruplarına yönelik politikalardan oluşmamaktadır. Toplumun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlılar sosyal politikanın hedef aldığı önemli gruplardan birisini oluşturmaktadır. Yaşlılığın temel problemlerinden birisini sağlık sorunları teşkil etmektedir. Sağlık sorunlarının finansman kaynağı ise genellikle sosyal gűvenlik sistemi olmaktadır. Sosyal gűvenlik ise refah devletlerinin temel ögelerinden birisidir.

Refah devleti; “Yurttaşları için iyileştirilmiş yaşam olanakları sağlayan siyasi düzen” olarak tanımlanmaktadır.¹⁸ Yaşlılık ile refah devleti arasında olan ilişki sonucunda yaşlılık politikaları gelişim göstermiştir. Avrupa’da yaşlı politikalarının genişlemeye başladığı dönemler ile yaşanan ‘Altın aė’ arasında tarihsel sűrete benzerlikler mevcuttur. 1945-75yılları arasında Avrupalı devletler tarafından çıkarılan anayasalarda ekonomik hayatın herkes için düzenlenmesi gerektiği ilkesi benimsenmiştir.¹⁹ Böylece Avrupa’da refah devletinin Altın aė’nın başlaması söz konusu olmuştur. Bu dönemde yapılan değişiklikler yaşlı politikalarını da olumlu şekilde etkilemiştir. Politika yapıcılar tarafından geliştirilen sistem günümüze kadar genişleyerek ve gelişerek devam etmiştir. Bu dönemde yaşlı bakımındaki en önemli değişim ise bakım modellerinde meydana gelmiştir. Bakım, geleneksel olarak aile bireyleri tarafından özellikle de kadınlar tarafından sağlanan bir hizmettir. Evde bakımın mümkün olmadığı durumlarda ise kurumsal bakım hizmetleri devreye girmektedir.

¹⁷ Arzu Kurřun ve Cemil Rakıcı, “Sosyal Refah Devletin Tarihi Sűreci ve Günümüz Bazı Refah Devletlerinin Deėerlendirilmesi”, **Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi**, C:2, S:2, 2016, s.136.

¹⁸ TÜBA, (evrimii), <http://www.tubaterim.gov.tr/>, Erişim tarihi:04.04.2020.

¹⁹ Arzu Kurşun ve Cemil Rakıcı, **a.g.m.**, s.s.138-139.

Yaşlı ve çocuk bakımı geleneksel ve modern toplumlarda farklı şekillerde uygulanmaktadır. Geleneksel aile yapısının devam ettiği toplumlarda bakım, evde bulunan bireyler tarafından özellikle de kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Geleneksel toplumlarda kadın ev işleri ile erkek de gelir getirici ile ilişkilendirilmiştir. İnanç sistemi de bu algının oluşmasındaki dinamiklerden birisidir. Dini inanışta zorunluluk olmadıkça kadının çalışması yerine evi, eşi ve çocukları ile ilgilenmesi daha makbul kabul edilmektedir.²⁰ Fakat günümüzde hizmet sektörünün gelişmesi ve yaygınlaşması ile fizik gücüne dayalı çalışma şartları ortadan kalkmaya başlamış ve kadınlar hizmet sektöründe daha fazla kendilerine yer bulmaya başlamışlardır. Bu noktada kadınların emek piyasasına girişinin artmasında ekonomik etkenlerinde önemli rolü olmuştur.

Modernleşme ile zayıflayan geleneksel aile bağları kıta Avrupa’ında daha net görülmektedir. Buradan yola çıkarak kadının çalışma hayatına girmesi ve aile ile ev hayatından kopması veya bu ilişkilerin zayıflaması ile ailedeki çocuk, engelli veya yaşlı bireye bakım kadın tarafından sağlanamamaktadır. Bu sebepten, Avrupa’da kadınların çalışma hayatına girmesi ile yaşlı bakımı tartışmaları arasında paralellik söz konusudur. Feminist yaklaşım ise, kadının ve erkeğin geleneksel ve toplumsal olarak ayrışan rollerinde bakım hizmetlerinin kadına yüklenmiş bir rol olduğunu iddia etmektedir.²¹ Kadın ücretsiz bir ev işçisi olarak nitelendirilmektedir. Fakat kadının çalışma hayatına girmesi ile ev kadınına yüklenen bu rol günümüzde profesyonel bakım uzmanları ve kurumlar tarafından verilmektedir.

Sağlıklı bireylerin gençlik ve orta yaş dönemlerinde kendilerinin ve ailelerinin bakımlarını üstlenmeleri mümkündür. Ancak yaşlılıkla birlikte, yaşlı bireylerin birtakım ihtiyaçları da artmaktadır. Bu ihtiyaçlardan bir kısmını ise bakım ihtiyaçları oluşturmaktadır. İnsanların ortalama yaşam süresi uzadıkça, yaşlı olarak geçirdikleri süre de artmaktadır. Böyle bir durumda daha uzun süreli bakım hizmetlerin ihtiyaç duyulmaktadır.

²⁰ Buhârî, Vesâyâ, 9.

²¹ Şenay Gökbayrak, “Refah Devletin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, C:2, S:21, 2009, s.59.

Bireylerin, yaşamlarının geniş bir zaman dilimini kapsayacak şekilde ihtiyaç duyacakları barınma, sağlık, psikolojik ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak için refah devletleri tarafından UDB sistemleri geliştirilmiştir. UDB, bir kişinin sağlık veya kişisel bakım ihtiyaçlarını kısa veya uzun bir süre boyunca karşılamak için tasarlanmış çeşitli hizmetleri içeren bir bakım türüdür.²² Bu hizmetler, insanların günlük yaşam aktivitelerini kendi başlarına yapamadıklarında mümkün olduğu kadar bağımsız ve güvenli bir şekilde yaşamlarına yardımcı olmaktadır. UDB, kişinin ihtiyacına bağlı olarak farklı yerlerde ve farklı bakıcılar tarafından sağlanabilmektedir.

UDB hizmetleri çoğunlukla evde ücretsiz olarak aile üyeleri ve arkadaşlar tarafından yerine getirilmektedir. Ailede bakımı mümkün olmayan bireyler için evden farklı bir yerde bakım imkânı da mevcuttur. Bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri gibi bir tesislerde bu tür hizmetler verilebilmektedir. Kurumsal bakım hizmetlerinin yaygın olmadığı dönemlerde evde bakımı mümkün olmayan yaşlı bireyler için hastanelerde bakım hizmetleri verilmiştir. Fakat hastanelerin fiziki olarak yetersiz olması ve yaşlıların bakım ihtiyacının uzun süreli olmasından dolayı hastane dışında müstakil bakım merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Kurumda bakım hizmeti adı verilen bu hizmet, evde bakımı mümkün olmayan durumlarda yaşlı bireylerin ihtiyaçlarının profesyonel bakıcılar tarafından sağlanması için kurulmuştur.

UDB, ülkelerin sağlık sistemlerine göre uygulamada değişiklikler göstermektedir. Sağlık hizmeti, hastalıktan sağlığa doğru değişen sağlık koşullarını amaç edinirken UDB hizmeti, mevcut kötüleşen durumun daha fazla tahammül edilebilir olması ile ilgilenmektedir. Bu bakım türünde bireysel ihtiyaçlar; engellilik durumu, kronik hastalıklar, travma ya da hastalığa göre değişiklik göstermektedir. İhtiyaçlar günlük olarak karşılanmaktadır. Hastanın muhtaç olduğu bakım türüne göre aktiviteler organize edilmektedir.²³ Bu aktiviteler; yeme, içme, giyinme, yıkanma,

²² European Commission (2012), **The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060)**, European Union, p.195.

²³ Joaquim Oliveira Martins ve Christine de la Maisonnette, “Public Spending On Health And Long-Term Care: A New Set Of Projections”, (Çevirimiçi), <http://www.oecd.org/economy/public-finance/publicspendingonhealthandlong-termcareAnewsetofprojections.pdf>, p.19, Erişim tarihi: 23.03.2020.

yatma-kalkma, tuvalet gibi ihtiyaçları barındıran günlük yaşam aktiviteleri olarak sıralanmaktadır.²⁴

En sık ihtiyaç duyulan uzun süreli bakım türü kişisel bakımdır. Bu bakım, "günlük yaşam aktiviteleri"(GYA) olarak da bilinen günlük faaliyetlere yardımcı olmaktadır. Bunlar, insanların tek başlarına yapamadıkları veya birisinin yardımına ihtiyaç duyduğu faaliyetlerdir. rnek olarak; banyo yapmak, kişisel temizlik, yeme içme ihtiyaı olarak verilebilir. Uzun süreli bakım, yetişkin gündüz bakımı ve ulaşım hizmetleri gibi toplum hizmetlerini de içermektedir.

İnsanlar genellikle devam eden bir sağlık sorunu veya engellilik durumu olduğunda uzun süreli bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Uzun süreli bakıma duyulan ihtiyaç, aniden ortaya çıkabildiği gibi yaşlılık döneminde yavaş yavaş da ortaya çıkabilir. Bu bakım ihtiyaının karşılanması için, UDB içerisinde hangi çeşit bakım türüne ihtiyaç duyulduğunun tespit edilmesi gerekir. Daha sonrasında ihtiyaca göre ilgili bakım türü uygulamaya geçirilmelidir. Bundan tr UDB, geniş kapsamlı bir bakım türüdür. Uzun dönem yaşlı bakımı ise, bu geniş kapsamlı bakım türünün içerisindeki bir alanı kapsamaktadır.

Yaşlılık döneminde UDB ihtiyaının, hayatın diğer evrelerine göre daha fazla olması muhtemeldir. İnsan yaşlandıkça kendi başına giderebildiği ihtiyaçlar azalmaktadır. Bu sebepten başka birinin yardımına ihtiyaç duymaktadır. Yaşlılık, insan hayatının son evresini oluşturduğu için bu dönemde insan yalnızca fiziksel bakıma değil aynı zamanda duygusal ilgiye de ihtiyaç duymaktadır. Beklenen ilgi ve bakım, aile bireyleri, akrabalar, komşular vs. gibi yakın evre tarafından karşılanmakta veya profesyonel bakıcılar tarafından yerine getirilmektedir.

²⁴ Martins, **a.g.e.**, p.20.

Tablo 1.2. Gelişmiş Ülkelerin Yaşlı Nüfus Oranları

Ülkeler/Yıllar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kanada	13,09	13,28	13,46	13,68	13,91	14,16	14,45	14,87	15,31
Fransa	16,53	16,54	16,55	16,63	16,74	16,85	17,11	17,52	17,95
Almanya	19,23	19,74	20,24	20,48	20,80	20,98	20,99	21,10	21,27
İtalya	19,29	19,60	19,81	19,92	20,03	20,14	20,29	20,62	20,92
Japonya	20,16	20,82	21,49	22,10	22,75	23,02	23,28	24,15	25,06
Portekiz	17,27	17,45	17,63	17,85	18,11	18,48	18,87	19,21	19,62
İspanya	16,56	16,60	16,47	16,48	16,66	16,95	17,23	17,49	17,91
Hollanda	16,32	16,34	16,38	16,44	16,53	16,61	16,69	16,75	16,80
ABD	15,46	15,43	15,45	16,17	15,76	15,95	16,14	16,60	16,96
Birleşik Krallık	12,40	12,46	12,56	12,75	12,92	13,09	13,27	13,74	14,13

Kaynak: OECD, <https://data.oecd.org/pop/population.htm#indicator-chart>

Yukarıdaki Tablo 1.1.'de bazı gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfus oranının genel nüfus içerisindeki payı gösterilmiştir. Tablodaki ülkeler arasında yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu ülkelere birisi de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olarak görülmektedir. Bu ülkenin nüfus bürosu verilerine bakıldığında toplam nüfusun yaklaşık 330 milyon olduğu görülmektedir.²⁵ Ülkede bulunan toplam nüfusun yaklaşık %17'sini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Bu oran sayısal olarak 56 milyon kişiye tekabül etmektedir. Yani ABD içerisindeki yaşlı nüfus oranı dünyadaki pek çok ülke nüfusundan daha fazladır. Yaşlı nüfus oranının bu denli yüksek olduğu ABD gibi ülkelerde, yaşlılarla ilgili politikalar üretilmesi ve uygulanması zorunlu bir durumu yansıtmaktadır.

Sosyal politika içerisinde yaşlılık ve yaşlı bireyler büyük öneme sahiptir. Yaşlılara yönelik sosyal politikaların ekonomik temellendirilmesi aktüeryal dengeyi göz önünde bulundurmalıdır. Yaşlı nüfusun sanayileşmiş ülkelerdeki oranının fazla olması, ilgili yaşlı nüfusa yönelik politikalar geliştirilmesinin nedenleri arasında ilk sırayı oluşturabilir. Bu yüzden yaşlı nüfusa uygulanan sosyal politikalar gelişmiş ülkelerde diğer ülkelere nazaran daha kapsamlıdır. Yaşlı nüfus oranının yaklaşık

²⁵ United States Census Bureau, (Çevirimiçi), <https://www.census.gov/popclock/>, Erişim tarihi:13 Şubat 2020.

olarak genel nüfus oranının %20'sine tekabül ettiği gelişmiş ülkeler açısından yaşlı bireylerin oluşturduğu kitle, siyasi ve toplumsal açıdan önem arz etmektedir. Zira bu genişlikte bir kitlenin ihmal edilmesi, politik açıdan bakıldığında, oy maksimizasyonu açısından olumsuz sonuçlar doğmasına neden olabilmektedir. Toplumsal açıdan bakıldığında ise yaşlı nüfusun bakımı sadece aileye bırakıldığında, aile için ekonomik yönden olumsuz durumlara yol açabilmektedir. Ailenin ekonomik durumuna göre değişmekle birlikte bakım hem maddi hem de manevi açıdan külfetli bir hizmet olduğu için aileler için zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Devletin iktisadi gücü ve yaşlılara yönelik politikaların etkinliği bu zorlukların giderilmesinde önemli bir unsurdur.

Uzun dönemli bakım niteliksel olarak her insanın hayatının bir döneminde veya tamamında ihtiyaç duyabileceği bir bakım türüdür. İnsanın sahip olduğu ömrün ortalama süresi ülkeden ülkeye farklılık gösterse de bu ömrün ulaşacağı üst sınır belirlidir. İnsan hayatının her evresinde bakıma ihtiyaç duyabilir. Fakat bu ihtiyaç ekseriyetle yaşamın son aşaması olan yaşlılık döneminde diğer evrelere göre daha fazla olmaktadır. Çünkü insan doğumunda nasıl bir yetişkin tarafından bakıma muhtaç ise yaşlılık halinde de savunmasız ve bakıma muhtaç bir hal içerisinde. Yaşlı nüfusun fazla olduğu ülkeler bu ihtiyacı karşılamak için UDB adı verilen sistemi kurmuşlardır. Sistemin finansmanı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bazı ülkeler sosyal güvenlik primleri ile fon birikimini sağlamakta iken bazı ülkeler fon ihtiyacını ağırlıklı olarak bireylerden karşılamaktadır. Bu farklılıkların oluşmasında ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin yapısı temel etken olmaktadır.

1.2.1. Uzun Dönem Bakım Programı ve Harcaması

UDB kapsamındaki harcamaların büyük çoğunluğunu yaşlı bakım ve engelli bakım harcamaları oluşturmaktadır. Bu yüzden yaşlı insanların ihtiyaç duyduğu bakım ihtiyacının karşılanması için ilgili programın harcama planlanmasının iyi yapılması gerekmektedir. Günümüzde OECD ülkelerinde aile bireyleri, arkadaşlar veya gönüllü organizasyonlar tarafından yapılan enformel ev bakımı halen bu ülkeler için en önemli bakım türünü oluşturmaktadır.²⁶

²⁶ OECD, *The OECD Health Project Long-term Care for Older People*, 2005, p.15.

OECD içerisindeki bazı ülkeler, artan UDB maliyetleri yüzünden bu bakım türünden faydalanan kullanıcıların en elzem ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla sağlamaya çalışırken, bazı ülkeler ise yalnızca temel bakım hizmetlerini sunarak yükün önemli bir kısmını ailelerin sırtına yüklemişlerdir.²⁷ UDB'nin temel taşlarından birisi de bakımın finansmanıdır. Bakımı kimin finanse edeceği konusunda uygulamada farklılıklar mevcuttur.

Finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Vergi sistemleri, kaynak çeşitliliği, bakım sistemlerindeki farklılıklar ve ülkelerin ekonomik alt yapılarında görülen değişiklikler ilgili bakım türünün finansman çeşitliğini ve farklılığını belirlemede önemli rol oynamaktadır. Birçok ülkede UDB harcamalarının finansmanı vergiler yoluyla karşılanmaktadır. Örneğin; Norveç ve İsveç gibi ülkeler UDB finansmanını genel vergilerden sağlamaktadır. Almanya ve Japonya gibi bazı ülkeler ise prime dayanan ulusal sosyal güvenlik sistemleri içerisinde bu bakım türünü finanse etmektedirler.²⁸

Sosyal bakım sisteminde UDB muhtelif destekleri de içermektedir. Bunlar arasında aileye sosyal ve ekonomik açıdan destek olmak da vardır. Bu bakım türünde çeşitli sağlık hizmetleri de sunulmaktadır. Bu bağlamda UDB harcamaları, sağlık ve sosyal harcamaların toplamı niteliğindedir. UDB harcamalarının bir kısmı doğrudan ailelere yöneliktir. Aileye yönelik bu harcamalar içerisinde engelliler ve hastaların yanında yaşlılar da bulunmaktadır.

UDB kapsamındaki harcamaların maliyeti yaşla doğrudan bağlantılı değildir. Bakım maliyeti yaştan bağımsız olarak genellikle kişi başına eşit bir dağılım göstermektedir. Ayrıca sağlık sistemi genelde tüm ülke nüfusunu kapsarken, UDB sisteminden sadece ihtiyacı olan kişiler yararlanabilmektedir. OECD tarafından yayınlanan 'Sağlık ve Uzun Dönem Bakım Kamu Harcaması: Yeni Bir Projeksiyon Seti' isimli makalede sağlık harcamalarının ilerleyen yıllarda artacağı ve UDB'ye yapılan harcamaların da buna bağlı olarak yükseleceği ifade edilmektedir. Ülkeler tarafından GSYİH'nin %6 ile %8 arasında UDB'ye harcandığı ve 2060 yılında bu

²⁷ OECD, a.g.e., 2005, p.16.

²⁸ OECD, a.g.e., 2005, p.21.

harcamaların %2-4 arasında artacağı belirtilmiştir.²⁹ Bu durumda UDB harcamalarının artması, bu bakım türüne verilen önemin de aynı boyutta artması anlamına gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarında yaşlı nüfusun artacağı varsayımı göz önüne alındığında UDB harcamalarının da GSYİH içerisindeki payının yükselmesi olası bir durum niteliğindedir.

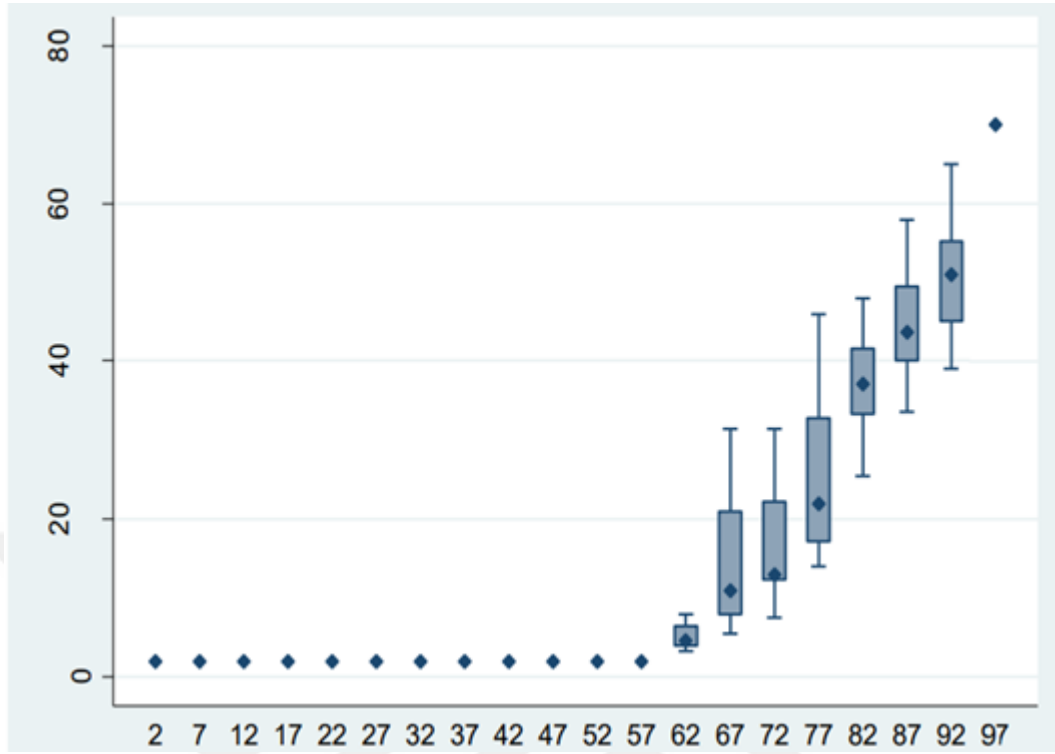
UDB sistemi, her yaş grubundaki bakıma muhtaç olanlar ve olmayanlar arasında yaptığı ayırım ile yol haritasını çizmektedir. Avrupa Komisyonu Yaşlanma Raporu'nda yaş grupları arasındaki bağımlılık oranları ayrı ayrı verilmektedir. Yaşa göre bağımlılık oranının artmaya başlaması 62 yaşından itibaren gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin uzaması, bakıma ihtiyaç duyulmaya başlanan yaşı gelecekte muhtemelen daha ileriye taşıyacaktır.

Yaşlı nüfusun günlük işlerini yürütmede zorlanması, ihtiyaç duyduğu yardımın ve bakımın genç nüfusa göre fazla olması, sağlık sorunlarının yaşlılık evresinde artış göstermesi UDB sisteminin kurulmasındaki temel sebepler arasında gösterilmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfusun artmasına binaen sağlık giderleri ve bakım masraflarının artması ile AB ve diğer ülkeler için oluşturduğu maliyet de aynı oranda artış göstermiştir. Bu durum politikalarda sürekli bir değişime neden olmaktadır.³⁰

²⁹ Martins, Joaquim Oliveira and Christine de la Maisonneuve, **a.g.e.**, p.4.

³⁰ Hüseyin Karadağ, Nihal Arda Akyıldız, “Avrupa’nın Ekonomik Dönüşümünde Uzun Dönem Yaşlı Bakımının Sürdürülebilirliğinin Değerlendirilmesi”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, C:19, S:44, 2019, s.573.

Grafik 1.2. Yaşa Göre Bağımlılık Oranı



Kaynak: Avrupa Komisyonu, 2009 Yaşlanma Raporu: AB-27 Üye Ülke İktisadi ve Bütçesel Rapor

Grafik 1.1.'de AB üyesi ülkelerde yaşa göre bağımlılık oranı gösterilmektedir. Bağımlılık oranlarının artış gösterdiği 62-97 yaş aralığında diğer yaş gruplarına göre ciddi artış meydana gelmiştir. Bağımlılık hem ailede oluşan ihtiyaçların karşılanıp karşılanmaması açısından toplumsal bir ihtiyacı meydana getirirken hem de ortaya çıkan parasal sorunlardan dolayı ekonomik ihtiyaçları doğurmaktadır. Yukarıda bahsedildiği üzere ekonomik açıdan külfet oluşturmakla beraber sosyal olarak da eksiklikler meydana gelmektedir.

Bunun yanı sıra büyüyen bir sosyal koruma ihtiyacına yönelik olarak UDB harcamalarının artması gerektiğine dair fikirler ortaya çıkmaktadır. Bakıma muhtaç bireylerin kendi başlarına yapabildikleri aktiviteler sınırlı olduğu için yardım almak mecburiyetinde kalmaktadırlar. Burada bireyin yaşam boyu bakım maliyetleri ortalama 20.000 İngiliz sterlini olduğu gözükmemektedir.³¹ Kadınlar için maliyetler

³¹ Ricardo Rodrigues, "Long-term Care – The Problem of Sustainable Financing", **European Centre for Social Welfare Policy and Research**, Slovenia, 2014, p.6.

artmaktadır. UDB için en yüksek maliyete sahip kısımda tahmini olarak ortalama maliyetin 4 katı civarındadır.

Gelir dağılımındaki farklılıklar göz önüne alındığında bakım ihtiyacının insanların tamamı tarafından kendi tasarrufları ile karşılanması gerçekçi gözükmemektedir. Risk ve bakım maliyetinin bir arada olması düşük gelirler için karşılanması ağır yükler oluşturmaktadır. Dahası birçok insan için emeklilik yaşının 65 olduğu düşünüldüğünde, çalışanların bakıma muhtaç hale gelecekleri varsayımını yapmak mümkündür. Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde emeklilik yaşı ile ilgili tartışmaları UDB kapmasında da ele almak gerekmektedir.³² Bu durumda emeklilik yaşını doldurmamış insanların bakıma muhtaç hale geleceği varsayıldığında aile kavramı daha da önemli hale gelmektedir.

UDB'ye ihtiyaç duyan insanlar ailelerinden destek olarak mevcut ihtiyaçlarını karşılayabileceklerdir. Fakat aile bağlarının gerilediği toplumlarda veya bireylerde bu ihtiyacın karşılanması farklı yöntemler ile mümkün hale gelmektedir. Sadece aile bakımının yeteceği görüşü AB üyesi ülkelerin çoğunda kabul edilen bir görüş değildir.³³ Yakın akrabaları olmayan yaşlılar için aile kaynaklı bakım hiçbir anlam ifade etmemektedir. Evde bakımın mümkün olduğu durumlarda ise başat aktör kadınlar olmaktadır ve onlar da çalışma hayatı ile bakım arasında sıkışmaktadırlar.³⁴ Kadınlar da yaşlı bireylere bakmak için işgücü piyasalarını terk etmek zorunda kaldıklarında, bir nevi kayıt dışı bakım türü olan aile kaynaklı bakımın sürdürülmesi zor gözükmemektedir.

Finansal olarak UDB'ye fon oluşturmak için sosyal sigorta sistemi kurmak zaten sağlık ve sosyal hizmetlerde oluşturulmuş olan fona ek bir yük olacağı için devletler bu davranıştan kaçınmaktadır. Zira yeni bir vergileme sistemi olarak algılanacak bu sistem, çalışanlar için fazladan bir yük anlamına gelmektedir. Ekonomik açıdan düşünüldüğünde ülkeler bu sistem işverenlerden prim keserek fona destek sağlamayı amaçlamaktadırlar.

³² Hirokuni Ikezoe, "Mandatory Retirement Age System", **Japan Labor Issue**, V:2, I:9, 2018, p.18.

³³ European Commission, **a.g.e.**, p.6.

³⁴ WHO, **Key Policy Issues in Long- Term Care**, 2003, p.19.

Sosyal koruma ve bakım için farklı kurumlar oluşturulmalı ve bu kurumların amacı, uygulanan sistem ile uyumlu olmalıdır. Ayrıca kurulan ilişkinin temelinin sağlam olması da gerekmektedir.³⁵ Kurumların profesyonelleşmesi açısından uzmanlık önemli bir temel olmaktadır. Zira yaşlı bakımında dikkat edilmesi gereken hususların oldukça fazla olduğu söylenebilir. Bakım, içerisinde bir nebze de olsa şefkati içermektedir. İnsanın fitratından gelen şefkat duygusu kadınlarda erkeklere nazaran fazla olduğu için bakımda kadınların başat aktör olmaları kaçınılmazdır. Kadınlardaki annelik duygusu, şefkat duygusunun erkeklerden fazla olmasının sebepleri arasında sayılabilir. Kurumların profesyonelleşmesi bu açıdan önemli olmaktadır.

İnformel bakım olan ev içi bakım, ekseriyetle kadınlar tarafından yürütüldüğü için çalışma hayatında aktif olan kadın evde de bakım ile ilgilenmek zorunda kalmaktadır. Bu da kadının evi, ailesi ve işi ile olan meşguliyetine ek olarak evde bakıma vakit ayırmasını mecburi kılmaktadır. Bunun sonucunda aile bağları zayıflamakta veya kadının çalışma hayatından çekilerek zaten maliyetli olan yaşlı bakımına ek olarak ailenin gelir kaynağının azalması manasına gelmektedir. Burada sosyal harcamalar devreye girerek devletin de enformel bakıma dahil olması gerekliliğini doğurmaktadır. Böylece profesyonel bakım ile yaşlının bakımı sağlanmakta ayrıca ek istihdam alanları oluşturulmaktadır.

1.2.2. Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

İnsanın hayatı boyunca muhtelif ihtiyaçları hasıl olmakta ve bu ihtiyaçları karşılamak için maddi ve manevi desteklere ihtiyaç duymaktadırlar. İnsan yaşamının evreleri üç bölüme ayrılacak olursa bunlar; çocukluk, orta yaş ve yaşlılık olmaktadır. Çocukluk ve yaşlılık, orta yaş evresine nazaran daha kısa süreleri ifade etmektedir. Orta yaş evresi ise gençlik ve orta yaş olmak üzere ikiye ayrılır. Bebeklikte tamamen, yaşlılıkta ise genel olarak insan bakıma ihtiyaç duyan bir varlıktır. Bu iki evrede de bakımı karşılayan ekseriyetle bireyin ailesi ve yakınları olmaktadır. Modernleşme ile bebek ve yaşlı bakımı yalnızca ailenin sorumlu olduğu bir hizmet olmaktan çıkmıştır.

³⁵ Ulrich Becker, Hans-Joachim Reinhard, **Long- Term Care in Europe**, Springer International Publishing, Munich, 2018, p.8.

Bunun temel sebeplerinden birisi çalışma hayatının ağırlığı olarak nitelendirilebilir. Ayrıca kadının ekonomik ve sosyal sebeplerden dolayı çalışma hayatı içindeki yerinin artması da sebepler arasında sayılabilir. Durum böyle olunca bakıma ihtiyaç duyanların bakımlarının karşılanması için dışarıdan destek almak kaçınılmaz olmaktadır. Dışardan alınan destek de ihtiyaca göre değişmektedir.

Yaşlı bireyler için bakım türleri çeşitlilik arz etmektedir. Çünkü her yaşlı aynı bakım türüne ihtiyaç duymamaktadır. Bu farklılıkların oluşmasında yaşlılıkta yaşanan hastalıklar, fiziki zayıflamalar, psikolojik problemler gibi faktörler etkili olmaktadır. Problemlerin çeşitliliği neticesinde bu problemlere çözüm üretmek amaçlı bakım ve destek türleri de farklılık göstermektedir. Toplumların yapısı da bu değişikliklerin oluşmasına neden olmaktadır. Toplum yapısının geleneksel ya da modern olması yaşlılara gösterilen ilgilinin değişmesine etki etmektedir. Gelenekçi toplumlarda aile bağları daha güçlü olmakla beraber yaşlı bireylerin ailenin yanında durması bir saygı ifadesi ve saygınlık olarak gözükmektedir. Yaşla ile tecrübenin doğru orantılı olması kabul edildiğinden yaşlı bireylerin tecrübelerinden faydalanmak aile içerisindeki bireyler için önem arz etmektedir. Modern toplumlarda ise bireyler için kişisel gelişim gibi önceliklerin varlığı yaşlılara verilen ehemmiyetin azalmasına neden olmaktadır. Toplumun temelini oluşturan aile yapısında meydana gelen değişiklikler ve bozulmalar neticesinde ‘aile olma’ beraber yaşamaktan başka bir şey ifade etmemektedir. Zaten aile yapısında meydana gelen bozulmalar neticesinde tek ebeveyn ile yaşan çocukların sayısı da gün geçtikçe artmaktadır.³⁶ Bu değişiklikler ailede yaşlı bireylere verilen önemi de olumsuz etkilemektedir.

Toplumların ananelerinin ve dini ritüellerinin yaşlılar için ifade etmiş olduğu önemin değişmesi de bakım türlerinin farklılaşmasında temel etkenlerden birisi olmaktadır. Doğu toplumları geleneksel aile yapısına sahip olmakta iken batı toplumları ise modernleşmiş aile yapısına sahiptir. Farklı yapılara ve temellere sahip bu iki aile yapısında yaşlı bireylerin karşılaştıkları muameleler de değişmektedir.

³⁶ OECD, Doing Better Families, OECD Publishing, 2011, (çevrimiçi), <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm>, Erişim tarihi: 12.11.2020.

1.2.2.1. Evde Bakım

Yaşlı bireyler öncelikli olarak uzun süre yaşamış oldukları mekanları terk etmek istememektedirler. İnsan yaşlandıkça duygusal olarak daha kırılgan olduğu için bu dönemlerde yakınları ile vakit geçirmek kendisi için önemli gözükmemektedir. Aile içerisinde dayanışmanın mevcudiyetini koruduğu durumlarda yaşlı bireyler için çocukları ve torunları onların temel ihtiyaçlarını karşılamada etken rol oynamaktadırlar. Bu rol yaşlı bireyler için önemli olmaktadır. Çünkü bireyin hayatındaki en önemli kurum aile olmuştur. Bebeklikten gençliğe, orta yaştan yaşlılığa kadar insanlar aile yaşamına aidiyet hissetmişlerdir. Zira toplumun temeli aile kurumundan başladığı için bu kurum insanın kendi gelişimi için de önemlidir.

Aile içerisindeki dayanışma bireylerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlamaktadır. Özellikle geleneksel aile yapılarının hâkim olduğu toplumlarda aileye verilen önem ile ailenin genişliği yani yaşayan kişi sayısı arasına bir bağ bulunmaktadır. Yaşlıların aile içerisinde bulunması manevi açıdan önemli görülmektedir. Bu durumda çocukları ve torunları ile kalan yaşlı bireyin ihtiyaçları da bu kimseler tarafından karşılanmaktadır. Yani yaşlıların bakım ihtiyaçları evlerinde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca sevdikleri ile kalan yaşlıların moral ve motivasyonları yüksek olmaktadır. Örneğin Türkiye’de yapılan araştırmaya göre yaşlı bireylerin en önemli mutluluk kaynakları %71,4 ile aileleri olurken bunu %13,7 ile çocukları, %4,9 ile torunları ve %4,7 ile eşleri takip etmektedir.³⁷

Evde sunulan hizmetler içerisinde yaşlının GYA’sını sağlaması, sosyal ve psikolojik problemlerine destek olmak yer almaktadır. GYA içerisinde ise temel ihtiyaçlar bulunmaktadır. Kısaca sıralamak gerekirse; banyo yapmak, tuvalet, yeme-içme, kıyafet temizliği gibi ihtiyaçların karşılanması bu kapsamda sunulan hizmetlerdendir. Evde bakım kapsamında yaşlı bireyin GYA’sı karşılanmakta ve ihtiyaç duyulması halinde bakımı üstlenecek olan aile bireyelerine profesyoneller

³⁷ ASHB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020)”, (Çevrimiçi), <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, Erişim tarihi: 12.12.2020.

tarafından çeşitli eğitimler de verilmektedir.³⁸ Evde bakımı sağlayacak bakıcı, gerekli eğitimleri almadığı takdirde yaşlı birey için bakım ihtiyacının karşılanmasından ziyade daha fazla bakıma ihtiyaç duyulmasına sebep olabilir. Yaşlı bakımı için geleneksel yöntemlerden ziyade modern yöntemlerin seçilmesi de politikaların içeriği ile ilişkilendirilebilir. Mesela, yaşlı bireyin sağlık problemleri karşısında ortaya çıkabilecek sorunlara karşı ilk ve en önemli müdahaleyi evde bakımı devam ettiren aile bireylerinin yerine getirmesi hayati bir hamle olabilmektedir ya da yaşlı bireylerin bakımı esnasında gerekli olan tüm faaliyetler aile bireyleri tarafından verilebilmektedir.

Evde bakım hizmetinin gelir seviyesi düşük ailelerde istikrarlı bir şekilde devam edebilmesi için devlet tarafından aileye maddi olarak destek verilmesi gerekmektedir. Verilecek desteklerin ailenin gelirine oranlı olarak verilmesi gerekmektedir. Devletin destek verirken göz önünde bulundurduğu bir diğer husus da aile içerisindeki bireylerin bakım için istekli olmalarıdır. Bakımı gerçekleştirecek kişi istekli olmadığı takdirde ya da kendi iradesi dışında bakımı yerine getirmek mecburiyetinde olması durumunda bakımın niteliği olumsuz yönde etkilenmektedir. Böyle bir durumda hem yaşlı birey için negatif sonuçlar ortaya çıkabilmekte hem de devlet tarafından verilecek desteklerin etkin olarak kullanılmaması ihtimal dahilinde olmaktadır.

Evde bakım ya da enformel bakım, demografik, ekonomik ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir. Demografik açıdan bakıldığında toplam nüfus içerisinde yaşlı kadın ve erkek nüfusunun dengesiz dağılımı sonucunda yaşlılar tek yaşamaya başladıklarında kendilerine bakacak kimse olmadığı zaman evde bakım yerine kurumda bakım ihtiyacı hasıl olacaktır. Boşanma oranlarında artış meydana geldiğinde ise yine bireyler tek yaşamak zorunda kaldıklarından evde bakımı uygulayacak bakıcı olmadığı için kurumda bakım daha cazip gelecektir. Kadının ekonomik hayattaki rolü arttığında ve çalışma hayatına katıldığında yakın aile ilişkileri zayıfladığında yaşlı birey kendi bakımı için akrabalarına veya yakın çevresine daha az güvenmek zorunda

³⁸ Christine de la Maisonneuve, Joaquim Oliveira Martins, “A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures: OECD Economics Department Working Papers No. 1048”, 2013, p.24.

kalmaktadır.³⁹ Yani toplumun yapısı UDB'nin yapısını etkileyen temel faktörlerden birisi olmuştur. Aile yaşantısı ya da bireyin kendi yaşam standartları ve yaşama biçimi ilerleyen süreçte yaşlanmanın artması ile UDB kapsamının şekillenmesinde etkili olmaktadır.

1.2.2.2. Kurumda Bakım

Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu toplumlar genellikle sanayileşmiş ülkelerdir. Sanayileşme sonucunda devletin gelir kaynakları da doğru orantılı olarak artmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde istihdam alanları genellikle hizmet ve sanayi sektöründe genişlemiştir. Tarım ise modern usullerle yapılmaktadır. Bu yüzden tarım için artık insanın yerini modern tarım makineleri almıştır. Sanayi sektöründe de durum tarımdan farksızdır. Bu sektörde de makineleşme ile insana olan ihtiyaç azalmıştır. Hizmet sektörü ekonomide başat sektör haline gelmiştir. Bu sektörde ise çalışma şartları tarım ve sanayinin aksine tamamen fizik gücüne dayanmamaktadır. Ticaret, turizm, işletmecilik hizmet sektörünün temelini oluşturmaktadır. Çalışma şartlarının niteliklerinden ötürü hizmet sektöründe kadınların istihdam oranları artmaktadır.⁴⁰

Kadının çalışma hayatına girmesi, boşanma olaylarındaki artış, kadınların doğumda beklenen yaşam sürelerinin erkeklerden daha uzun olması gibi sebepler bakım ihtiyacının evde karşılanamamasının temel etkenlerini oluşturmaktadır. Evde bakımın mümkün olmadığı hallerde ise kurumda bakım tercih edilmektedir. Yaşlıların enformel bakımları genellikle eşleri, çocukları, gelinleri, yakın akrabaları veya komşuları tarafından yapıldığı için çalışma hayatına katılımın artmasından dolayı bakımın evde sürdürebilmesi olanaksız hale gelmektedir. Kurumda bakım içerisinde sunulan imkanların geliştirilmiş olması evde bakımı mümkün olmayan bireyler için tercih edilme olasılığını artırmaktadır. Çalışan bireyler, ebeveynleri kurumda bakım içerisinde daha iyi şartlarda bakım imkanından yararlanacağı için kurumları tercih etmektedirler.

³⁹ Byung Kwang Yoo vd., "Impact of Informal Caregiver Availability on Long-Term Care Expenditures in OECD Countries", **Health Services Research**, V:39, 2004, p.1973.

⁴⁰ Büşra Sağlık, Hacer Yeliz Çelik, "Küreselleşen Çalışma Hayatında Kadının Rolü", **Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C:2, S:2, 2018, s.98.

Kurumda bakım çeşitli kurumların çatısı altında verilmektedir. Yaşlı bakım evleri, gündüz bakım merkezleri ve huzurevleri buna örnek olarak verilebilir. Yaşlının ihtiyaç duyduğu bakım türüne ve bakımın derecelerine göre bireyin talepleri çerçevesinde yukarıda zikredilen bakım merkezleri tarafından bu ihtiyaçlar karşılanmaktadır. Gündüz bakım merkezleri yaşlının kurumda yatılı bakım ihtiyacına gerek duymadığı durumlarda ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler vermektedir. Yaşlının gündelik ihtiyaçları haricinde sağlık, rehabilitasyon ve bedenen ihtiyaç duyduğu hizmetleri karşılamak üzere tasarlanmış kurumlardır. Yaşlı bakım evleri ise gündüz bakım merkezlerine göre yatalak durumda olan ya da daha ağır hastalıkları bulunan yaşlılara hizmet vermektedir. Bakım hizmeti veren kurumlarda temel hizmet sağlık ve rehabilitasyon hizmetleridir. Bunun üzerine yaşlı bireyin ihtiyacına ve talebine göre verilen hizmetler çeşitlilik arz etmektedir. Huzurevleri ise yalnız durumda olan yaşlıların barınma başta olmak üzere temel ihtiyaçlarını karşılamak üzere hizmet veren kurumlardır.⁴¹

⁴¹ Bilge ÖNAL DÖLEK, “Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım”, **Klinik Gelişim Dergisi**, C:25, S:3, 2012, s.96.

İKİNCİ BÖLÜM

UZUN DÖNEM BAKIMI UYGULAMASI VE ÜLKE ÖRNEKLERİ

Gelişmiş ülkelerde uygulanan UDB programı kıta Avrupası başta olmak üzere Amerika Birleşik Devleti ve Japonya’da uygulanmaktadır. Sistemin finansmanı bireyler, hane halkları, şirketler, işverenler, çalışanlar ve hayır kurumları tarafından değişen farklı oranlarda sağlanmaktadır. Finansman biçimi ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte sunulan hizmetlerin kapsamında da farklılıklar oluşmaktadır. OECD’ye göre: UDB; hastalık, kaza veya yaşlanma sonucunda hayatının uzun bir dönemini veya tamamını bakıma ihtiyaç duyarak geçirmek şeklinde tanımlanmıştır.⁴²

Bu bölümde ülke örnekleri olarak ABD, Almanya, Hollanda ve Japonya seçilmiştir. Ülke örnekleri seçilirken Avrupa ülkeleri içerisinde önemli bir refah devleti olarak karşımıza çıkan ve nüfus büyüklüğü ile yaşlı nüfus oranı yüksek olan Almanya seçilmiştir. Hollanda’nın seçilme sebebi ise UDB hakkında ilk yasal düzenlemelerin bu ülkede gerçekleşmiş olmasıdır. Amerika kıtasında en fazla nüfusa ve yaşlı nüfus oranına sahip ülke olarak ABD seçilmiştir. Ayrıca Asya kıtasından da Japonya örneklem olarak kullanılacaktır. Burada örnek olarak kullanılacak ülkeler seçilirken her kıtadan ülkeler tercih edilmeye çalışılmış ve yaşlı nüfus oranının görece yüksek olduğu ülkeler seçilmiştir.

2.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Yaşlı nüfus oranının 2019 yılı verilerine göre %16-17 olduğu ABD’de bu orana tekabül eden nüfusun neredeyse dünyadaki pek çok ülkenin nüfusundan fazla olduğu görülmektedir. Nüfusun yaşlanması genellikle beklenen yaşam ömrünün uzaması, doğurganlık oranlarının azalması gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır. Nüfus doğurganlık oranı azaldıkça genç nüfus sayısındaki artış da azalmakta, yaşlanan insanların sayısı da arttığı için yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Buradaki artış mutlak anlamda bir nüfus artışını ifade etmeyebilir. Bu noktada nüfusun geneline göre oransal

⁴² OECD, a.g.e., 2005.

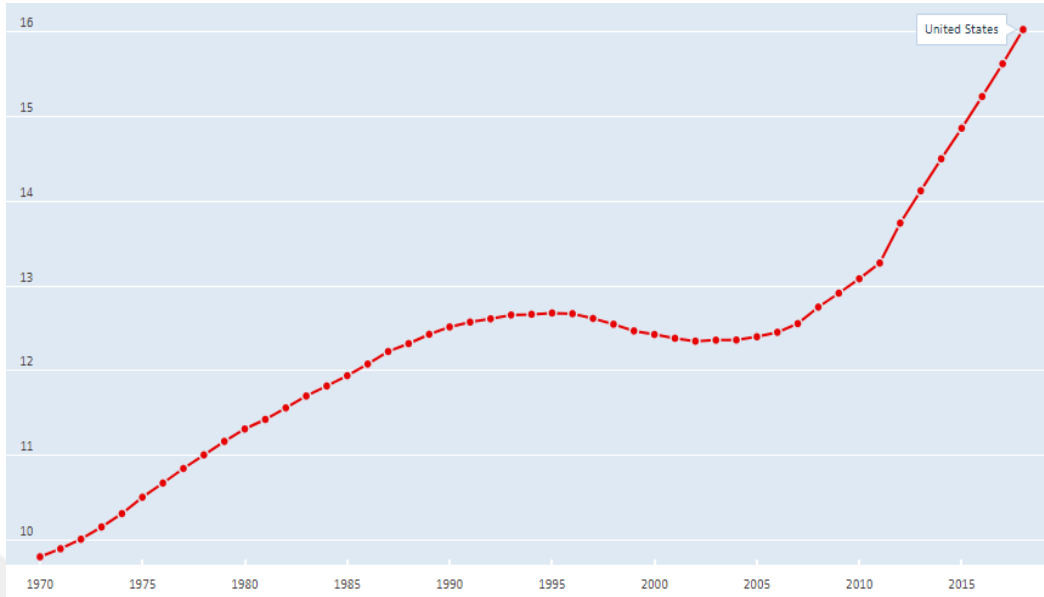
bir artış söz konusudur. Nitekim ABD’de yaklaşık 56 milyon kişi 65 ve üzeri yaşta bulunmakta ve bu yaşlı nüfusun devlet nezdinde ekonomik maliyeti de oldukça fazla olmaktadır. Eyaletler bu mali yükü tek başına karşılamamakta ve federal hükümet tarafından sosyal güvenlik katkılarıyla şiddetli sağlık problemleri olan yaşlıların temel ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmaktadır. Kendi masraflarını karşılayabilecek olanlara yardım yapılmamaktadır. Fakat mali durumu yetersiz kişilere başvuruda bulunmaları halinde federal hükümetin değerlendirmesi sonucunda yardım yapılmaktadır.

2.1.1. ABD’nin Nüfus Yapısı

Dünyada en kalabalık ülke arasında ABD, Çin ve Hindistan’dan sonra en çok nüfusa sahip üçüncü ülke konumundadır. Ülkenin toplam nüfusu yaklaşık olarak 330 milyona tekabül etmekte ve bu nüfusun yaklaşık 56 milyonu 65 ve üzeri yaşta bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler verilerine göre 2050 yılında ABD’de yaşlı nüfusun yaklaşık olarak 85 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Oran olarak ise bu sayı nüfusun %22’sine tekabül etmektedir.⁴³ 100 yıllık bir dönemi kapsayacak şekilde bakıldığında 1950 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %8 iken 2050 yılında yaklaşık olarak bu oranın %22 civarında olacağı tahmin edilmektedir. Bu periyotta yaşlı nüfus oranının yaklaşık olarak 2 kat artacağı öngörülmektedir. Bu artış beraberinde bakım hizmetlerin olan talebi de artıracaktır.

⁴³ United Nation, Department of Economic and Social Affair, World Population Prospects 2019, (Çevrimiçi), https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic%20Profiles/United%20States%20of%20America.pdf, Erişim tarihi: 05.04.2020.

Grafik 2.1. ABD’de Yaşlı Nüfus Oranı



Kaynak: OECD Data, Elderly Population, ABD, 1970-2018.

1970 ile 2018 yılları arasında yaşlı nüfusta önemli ölçüde artış meydana gelmiştir. 2010 yılı sonrası genel artış oranı diğer yıllara göre daha fazladır. Son 10 yılda yaşlı nüfus ciddi oranda bir ivme kazanarak %3’ten daha fazla bir artış göstermiştir. Bunun sebepleri arasında doğurganlık hızının azalması, beklenen yaşam ömrünün artması ve sağlık harcamalarında meydana gelen artış gösterilebilir. ABD’de 2000 yılında yapılan sağlık harcamaları gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %12,5’i iken 2018 yılında bu oran %17’ye tekabül etmektedir.⁴⁴ Artan yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan harcamalar da artmış ve bakım ihtiyacının gerekliliği ortaya çıkmıştır.

2.1.2. ABD’de Uzun Dönem Bakım

ABD dünyanın en büyük ekonomisine sahip ülke konumundadır. Ülkedeki sağlık sistemi ise eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Tek tip bir sağlık sistemi bulunmamakta ve mevcut sistem herkesi kapsamamaktadır. Hem işverenlerin ödedikleri primler karşılığında hem de bireysel olarak sağlık sigortası satın alarak bu

⁴⁴ OECD Data, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, Erişim tarihi: 05.04.2020.

sistemden belirli bir oranda yararlanmak mümkün olmaktadır.⁴⁵ Amerika, sağlık harcamalarına GSMH'den en fazla pay ayıran ülke olmasına rağmen kamu sağlık harcaması en düşük olan ülkeler arasında bulunmaktadır. Bunun sebeplerinden birisi, ülkede yalnızca koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu kesimi tarafından sağlanmasıdır. UDB programı ise United States Department of Health and Human Service (HHS) ya da diğer adıyla Health Department tarafından sağlanmaktadır ve kurumun mottosu 'Amerika'nın sağlığını, güvenliğini ve refahını artırmak' şeklindedir.⁴⁶ 1979 yılında Eğitim, Sağlık ve Refah Departmanı tarafından yürütülen sağlık hizmetleri bu tarihten sonra ayrılarak HHS kurumu adı altında yürütülmeye başlanmıştır.⁴⁷ HHS, Senato'nun tavsiyesi ve onayı ile Başkan tarafından atanan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Sekreteri tarafından yönetilmektedir.

UDB hizmetleri Medicare ve Medicaid programları kapsamında yürütülmektedir.⁴⁸ Medicare programından 65 yaş ve üzeri kişiler, engellilik yardımı alan 65 yaş ve altı insanlar, ALS ve son evre böbrek yetmezliği teşhisi konan insanlar faydalanmaktadır. Medicare akut bakıma* ihtiyacı olanları kapsamaktadır. Bu program ağır rahatsızlığı olanlar için hemşirelik bakım programını kapsarken, UDB programı için ödeme yapmamaktadır. Sadece belirli durumlarda UDB kapsamında ödeme yapmaktadır. Bu durumlar şu şekilde sıralanmaktadır:⁴⁹

- Nitelikli bakıma ihtiyaç olması durumunda,
- Tıbbi durumları tedavi etmek için,
- Bakımevi ihtiyacı olması hali.

Fakat ihtiyaçlarının tamamının karşılanması söz konusu değildir. Burada kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen yaşlı bireyler bu sosyal güvenlik desteğinden

⁴⁵ Robert Kuttner, "The American Health Care System. Health Insurance Coverage.", *The New England Journal of Medicine*, V:340, I:2, 1999, p.163.

⁴⁶ HHS, (Çevrimiçi), <https://www.hhs.gov/about/index.html>, Erişim tarihi: 05.04.2020.

⁴⁷ M. Cay Holbrook, Alan J. Koenig, **Foundation of Education: Second Edition Volume I History and Theory Teaching Children and Youths with Visual Impairments**, AFB Press, New York, 2003, p.51.

⁴⁸ OECD, **a.g.e.**, p.137.

* Akut bakımı, doktor ve hemşireler tarafından verilen ve ana hedefi iyileştirme olan kısa süreli bir bakım türüdür.

⁴⁹ U.S. Department of Health and Human Service, (Çevrimiçi), <https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicare.html>, Erişim tarihi: 06.04.2020.

faydalanamamaktadır. 2017 yılında Medicare programı yaklaşık 58 milyon kişiyi kapsamaktaydı. Programın toplam maliyeti yaklaşık 710 milyon Amerikan dolarıdır.⁵⁰ Programın finanse edilmesi ise çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır;

- Çalışan, işveren, serbest meslek sahipleri tarafından ödenen vergiler,
- Sosyal güvenlik yardımları için ödenen vergiler,
- Faizler.

Yaşlılar kendi bakım masraflarını karşılayamadıkları durumlarda ise değerlendirilen ihtiyaçların maliyetleri ‘Medicaid Service (MS)’* tarafından karşılanmaktadır. Bu program Medicare programı ile aynı fon altında toplanmıştır. MS düşük gelirli yetişkinleri, çocukları, hamileleri, engellileri, yaşlıları kapsayan bir programdır ve gerekliliklere göre eyaletler tarafından uygulanmaktadır.⁵¹ UDB daha çok bu program kapsamında gerçekleştirilmektedir. Bakım evlerinde uzun süreli bakım hizmetleri ve evde ziyaret edilen hemşireler ve kişisel bakım yardımı, doktor ziyaretleri ve hastane masrafları gibi uzun süreli bakım hizmetleri MS kapsamına dahil edilmektedir. MS, Medicare'nin aksine bakım evlerinde ve evde bakım hizmetleri için de ödeme yapmaktadır.

2.1.3. ABD’de Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Yaşlılara yönelik UDB hizmetleri kapsamında bakım evi hizmeti, kişisel bakım hizmetleri ve bireyin durumunu tespit etmek amaçlı vaka yönetimi hizmetleri verilmektedir. Fakat kira, ipotek, kamu hizmetleri, yiyecek ve içecek gibi maliyet kalemleri için ödeme yapılmamaktadır. Burada sunulan hizmetler eyaletten eyalete değişmektedir. Bir eyalette verilen hizmet başka bir eyalette mevcut olmamaktadır. UDB programının hangi hizmetleri kapsadığını öğrenmek için resmî bürolardan bilgi alınması gerekmektedir.

⁵⁰ Medicare, (Çevrimiçi), <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded>, Erişim tarihi: 03.04.2020.

* Tıbbi Yardım Hizmetleri manasına gelmektedir.

⁵¹ Medicaid, <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>, (Çevrimiçi), Erişim tarihi: 03.04.2020.

UDB sigortası şirketler aracılığıyla da satın alınabilmektedir. Diğer sigorta dallarında olduğu gibi risklerin gerçekleşmesi ve şartların uygun olması durumunda bu sigortadan faydalanılabilmektedir. Halihazırda UDB hizmetinden faydalananlar, AIDS hastaları, Alzheimer gibi bilişsel işlev bozukluğu olanlar, metastatik* kanser olanlar UDB sigortası alamamaktadır. Fakat bu hizmeti sağlayan şirketler için bu şartlar değişiklik göstermektedir.⁵² Şirketler ticari işletme anlayışı ile hareket ettiklerinden sigorta kapsamına girmeyen bakım türleri ile ilgilenmemektedirler. İşte bu bölümde ABD’de UDB kapsamında sunulan en yaygın hizmetlerden olan bakımevi hizmeti ve evde sağlık hizmeti üzerinde durulacaktır.

2.1.3.2. ABD’de Evde Sağlık Hizmeti

Evde sağlık hizmeti çeşitli hizmetleri içerisinde barındıran bir bakım türüdür. Bu bakım ihtiyacı yetkin veya yetkin olmayan kişiler tarafından sağlanmaktadır. İnsanların evde kalma ve yaşadığı yerde yaşlanma arzusu ev hizmetlerinin gelişmesinde etkili olmuştur. Günümüzde evde sağlık hizmeti 65 yaş ve üzeri insanların faydalanması için tasarlanmış bir sistemdir ve çeşitli faydalı hizmetleri içermektedir. Bunlar: hemşirelik hizmeti, fiziksel terapi, iş terapisi, konuşma terapisi, sosyal hizmet ve kişisel bakım desteğidir. Sigorta şirketlerinin çoğu evde sağlık hizmeti vermektedir. Ancak bu hizmetler Medicare tarafından sağlanan düzeyde değildirler. Medicare ve Medicaid günümüzde Amerika'daki geleneksel ev sağlığı ve bakım hizmetlerinin temel finansman sağlayıcıları olmaya devam etmektedir.⁵³

Ölümcül hastalık tanısı konan ve yaşam süresi 6 ay veya daha az olan herhangi bir kişiye bakım hizmetleri verilmektedir. Verilen hizmetler evde sağlanan sağlık servislerine benzemektedir. Fakat tıbbi ekipmanlarla ilgili yardımları da içermektedir. Bu hizmetler Medicare yardımı ve birçok sigorta şirketi tarafından karşılanmaktadır. Bugün Amerika'da yaklaşık yarım milyon ölümcül hastaya hizmet veren 2300'den fazla bakımevi bulunmaktadır. Özel görev hemşireliği gibi hizmetler kritik koşullar

* İlk çıktığı bölgeden diğer bölgelere yayılmış olan kanser türü.

⁵² U.S. Department of Health and Human Services, Buying Long Term Care Insurance, (Çevrimiçi), <https://longtermcare.acl.gov/costs-how-to-pay/what-is-long-term-care-insurance/buying-long-term-care-insurance.html>, Erişim tarihi: 12.04.2020.

⁵³ Jeanie Stocker, “Home Care in America”, **Online Brazilian Journal of Nursing**, V:1, I:1, 2002, p.16.

altında yaşayanlar için UDB hizmeti kapsamında sağlanmaktadır. Bu hemşirelik türünde çalışanların Registered Nurses(RNs)* veya Licensed Practical Nurses(LPNs)** gibi sertifikalara sahip olmaları gerekmektedir.⁵⁴ Evde sağlık hizmetlerinin çoğu paraprofesyonellerden tarafından sağlanmaktadır. Bu kişiler hizmet için belirli eğitimleri almış fakat lisansı olmayan kişilerdir. Evde bakımın profesyoneller tarafından yapılması gerektiği durumlar da mevcuttur. Genellikle fiziki yardım ihtiyacı olanlar için nitelikli yardıma ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kişiler bir hastaneden veya sağlık kuruluşundan taburcu edildiyse, bakımlarına evde devam edilmektedir. Bu bakımlar evde sağlık yardımcıları veya hane halkı üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Evde sağlık yardımcıları GYA'ya yardımcı olmak için eğitim almış kişilerden oluşmaktadır. GYA ise; banyo, giyinme, yemek yeme, tuvalet vb. gündelik ihtiyaçlardan meydana gelmektedir.⁵⁵

ABD'de yaşlı nüfus, artış eğiliminde olduğu için evde sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. 2018 yılında Amerika'da 11,869 Medicare sertifikalı ev sağlık kuruluşu bulunmaktadır ve 5 milyondan fazla insan bu kuruluşlardan faydalanmaktadır.⁵⁶ Aşağıda Tablo 2.1.'de evde sağlık hizmetlerinin yıllık maliyeti ve sağlanan destek miktarı verilmiştir. Veriler, eyaletten eyalete değişmektedir ve tablodaki veriler ortalama sayılardan oluşmaktadır.

* Bir hemşirelik lisansından mezun olan ve hemşirelik lisansı almak için bir lisans kuruluşu tarafından gerekli eğitimi ve gereklilikleri almış hemşiredir. Bu hemşireler belirli bir alanda uzmanlaşmaktadır.

** Engelli, hasta, yaralı inşalara bakan hemşirelerdir. RNs'lerin altında çalışmaktadırlar.

⁵⁴ Jeanie Stocker, **a.g.e.**, p.17.

⁵⁵ The Metlife Mature Market Institute, Market Survey of Long-Term Care Costs: The 2012 MetLife Market Survey of Nursing Home, Assisted Living, Adult Day Services, and Home Care Costs, (Çevrimiçi), <https://s11042.pcdn.co/wp-content/uploads/indres/110512metlifeltccosts.pdf>, Erişim tarihi: 19.04.2020.

⁵⁶ Center of Medicare and Medicaid Services, (Çevrimiçi), <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/index?redirec>, Erişim tarihi: 18.04.2020.

Tablo 2.1. ABD’de Evde Bakım Maliyeti (Yıllık)

Ev Sağlık Hizmeti	2019	5 Yıllık Büyüme Oranı
Ev Hizmetleri Servisi	\$51,480	3%
Ev Sağlık Yardımı	\$52,624	3%

Kaynak: Gentworth, Cost of Care, Cost of Care Survey 2019, (Çevrimiçi), <https://www.gentworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html>, 20.04.2020, verilerinden yararlanarak hazırlanmıştır.

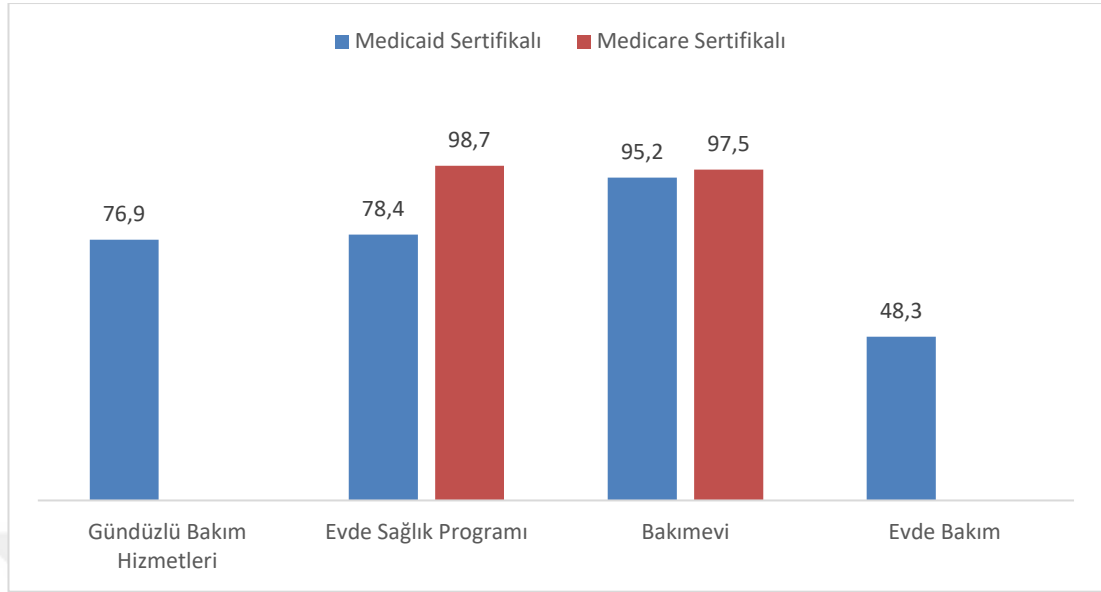
Tabloya bakıldığında ev hizmetlerine harcanan yıllık tutar ile evde sağlık hizmetlerine gerçekleşen harcamanın yaklaşık olarak aynı olduğu görülmektedir. Yapılan yardımlar son 5 yıl içerisinde genişletilerek yapılan harcamalar artırılmıştır. Evde bakıma ve evde sağlık harcamalarına yapılan bu yardımlar verilen hizmetlerin de kapsamını ve finansmanını artırmaktadır.

2.1.3.1. ABD’de Bakımevi Hizmeti

Bakımevi ya da evde bakım olarak adlandırılan bu hizmette kişinin resmi lisanslı bakım evlerinde çeşitli hizmetlerden faydalanması söz konusudur. Medicare programı ise sadece lisanslı bakımevlerinde verilen bakım hizmeti için ödeme yapmakta, diğer bakım evleri için ödeme yapmamaktadır. Amerikan Ulusal Sağlık Departmanı 1961 yılında Kronik Hastalıklar Departmanı tarafından hazırlanan rapor ile lisanslama süreci ile ilgili bir çalışma başlatmıştır.⁵⁷ Ayrıca bu rapor tüm bakımevleri için geçerli olan temel standartları da içermektedir.

⁵⁷ Nicholas G. Castle, Jamie C. Ferguson, “What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured”, *Gerontologist*, V:50, I:4, 2010, p.427.

Grafik 2.2. ABD’de Lisanslı Bakımevleri



Kaynak: National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, “Long-term Care Providers and Services Users in the United States, 2015–2016”, 2019,

Grafik 2.2’de görüldüğü üzere bakımevi lisansı Medicare ve Medicaid tarafından verilmektedir. Bu programlar tarafından lisans verilmeyen bakımevlerinin bu programlardan ödeme alması mümkün değildir. Bundan dolayı toplam bakımevi içerisinde lisanslı olanların oranı %96-97 civarında bulunmaktadır.

Bakımevlerinde sağlanan UDB hizmeti iki kategoriye ayrılmaktadır. Birincisi, fonksiyonel işlevleri içermektedir. Bunlar arasında; fiziksel işlevler, hareketlilik ve bilişsel işlevler bulunmaktadır. İkincisi ise sakinlerinin yaşam kalitesini gösteren tek bir işlevden oluşmaktadır.⁵⁸ Birinci kategori, bakımevinde yaşayanların tedavi görmesi amacını yansıtmaktadır. Bu kategoriye göre yaşlı bireyler için fiziksel aktivitelerin önemi oldukça büyüktür. Önemli olan birinci kategorideki aktivitelere katılımın, evde bakım gibi daha geleneksel yöntemlere göre yoğun ve verimli bir şekilde uygulanmasıdır.

⁵⁸ William D. Spector ve Margaret L. Drugovich, “Reforming Nursing Home Quality Regulation: Impact on Cited Deficiencies and Nursing Home Outcomes”, **Medical Care**, V:27, I:8, 1989, p.793

2.2. Almanya

Almanya, Avrupa kıtasında bulunan 16 eyaletten oluşan federal parlamenter bir cumhuriyettir. Ülkenin başkenti Berlin, bayrağı ise sırayla siyah, kırmızı, sarı renklerden oluşmaktadır. Ülkenin komşuları; Polonya, Avusturya, İsviçre, Fransa, Lüksemburg, Belçika, Hollanda ve Danimarka'dır. Kıta Avrupa'sının en kalabalık nüfusuna sahip bu ülkede aynı zamanda ekonomik göstergeler de oldukça yüksektir. Ayrıca ülke, Birleşmiş Milletler, NATO gibi uluslararası kuruluşlara da aktif olarak üye bulunmaktadır.

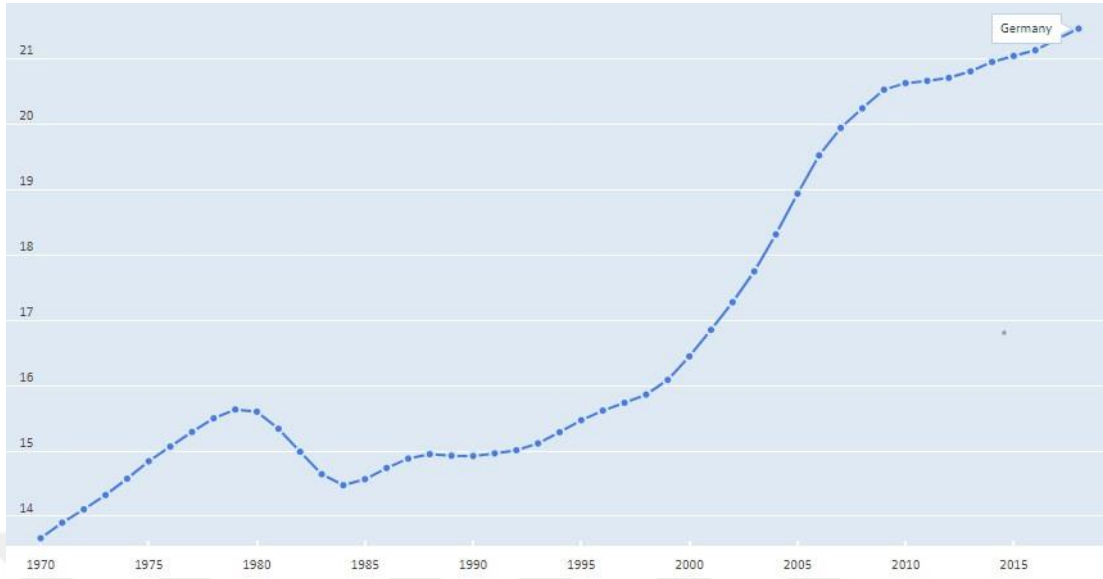
Avrupa kıtasında bulunan gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranları kıtadaki ve dünyadaki pek çok ülkeye göre yüksektir. Bu yaşlı nüfus için sosyal koruma yöntemleri çeşitlilik göstermektedir. Almanya'da ise bu yöntemler genel olarak devletin yürüttüğü programlar, aile merkezli programlar ve ek programlar olmak üzere üç kategoride toplanmaktadır. UDB modeli ise bu çeşitliliğe sonradan dahil olmuştur. 1995 yılında çıkarılan Uzun Dönem Bakım Sigortası sağlık sigortasının altında oluşturulmuştur. Bu sigorta ile amaçlanan bakım ihtiyacı riskini işsizlik, kaza ve hastalık sigortasına benzer bir şekilde güvence altına alıp yaşlılıkta gelir kaybı yaşanmasını önlemektir.

2.2.1. Almanya'nın Nüfus Yapısı

Almanya, kıtada en çok nüfusa sahip ülkedir. Dünya Bankası verilerine göre 2019 yılında toplam nüfusu 83,132,799 kişiden oluşmaktadır.⁵⁹ Toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun oranı %20'den fazladır. Toplam nüfusun yaklaşık 18 milyonu 65 ve üzeri yaştaki insanlardan oluşmaktadır. Aşağıda Grafik 2.3.'de OECD verilerine göre Almanya'nın yaşlı nüfus oranının 1970 ile 2018 yılları arasındaki değişimi gösterilmektedir.

⁵⁹ Dünya Bankası Data, Population, total-Germany, (Çevrimiçi), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=DE>, Erişim tarihi: 03.03.2021.

Grafik 2.3. Almanya'nın Yaşlı Nüfus Oranı

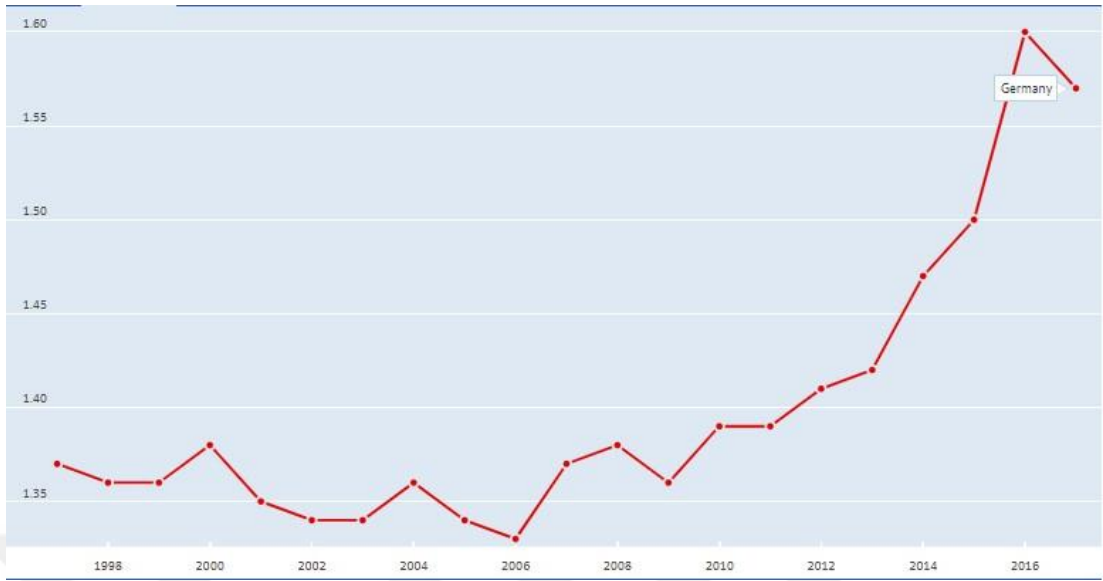


Kaynak: OECD Data, Elderly Population, Almanya, 1970-2018.

Grafik 2.3.'de görüldüğü üzere Almanya'nın yaşlı nüfus oranı 1970'ten itibaren artış göstermekle beraber sadece 1980-85 yılları arasında yaşlı nüfus oranında bir azalma meydana gelmiştir. Toplam nüfus içerisindeki %21,5'lik kesim yaklaşık olarak 18 milyona tekabül etmektedir. Fakat Almanya'da yaşlanma oranlarının yükselmeye başlaması ABD'ye nazaran daha erken tarihlerde gerçekleşmiştir. Nüfusun yaşlanma sebepleri arasında doğurganlık oranlarının azalması, beklenen yaşam ömrünün artması, sağlık koşullarındaki iyileşmeler gibi sebepler bulunmaktadır. Sayılan sebepler yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki payının artmasına sebep olmaktadır. Eurostat nüfus projeksiyonlarına göre Almanya için beklenen yaşam süresinin artması öngörülmekte ve toplam nüfus miktarında 2030 yılından itibaren azalmalar meydana geleceği tahmin edilmektedir.⁶⁰

⁶⁰ Eurostat, Life Expectancy at Birth by Sex, (Çevrimiçi), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en>, Erişim tarihi: 24.04.2020.

Grafik 2.4. Almanya'nın Doğurganlık Oranı



Kaynak: OECD Data, 1997-2017, Almanya.

Doğurganlık oranları da yaşlı nüfusun artmasında veya azalmasında önemli etkenlerden bir tanesidir. Nitekim Almanya için bu oran yaşlı nüfus oranının artmasına sebep olmuştur. Gelişmiş ülkelerde doğurganlık oranlarının düşük olması genellikle karşılaşılan bir durumdur. Grafik 2.4'te Almanya'nın doğurganlık oranı 1997-2017 yılları arasını kapsayacak şekilde gösterilmektedir. 1997-2017 yılları arasındaki verilerde doğurganlık oranlarının dalgalı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. 2006 yılında bu oran 1,35'in altında iken, neredeyse sıfır seviyesine kadar azalmış ve 2017 yılında ise ancak 1,57'ye kadar yükselebilmiştir. Yukarıda da bahsedildiği üzere doğurganlık oranlarının azalması veya azalarak artması sonucunda 65 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranında artışlar meydana gelmektedir.

2.2.2. Almanya'da Uzun Dönem Bakım

Modern sosyal güvenlik sisteminin temellerinin Bismarck dönemi Almanya'sında atıldığı kabul edilmektedir. Bismarck tarafından 1883 yılında uygulamaya konulan sosyal sigorta uygulaması sonucunda, sosyal güvenlik sistemi için modern anlamda ilk adımlar atılmıştır.⁶¹ Bu sistemden önce de yoksulları

⁶¹ Meryem Koray, **Sosyal Politika**, 5. Baskı, Ankara: İmge Kitabevi, 2018, s.319.

kapsayan birtakım yasalar mevcut olsa da o dönem için kapsamlı bir yasa ilk defa Bismarck tarafından çıkartılmıştır.⁶² Sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile devletin topluma uyguladığı politikalar da değişiklik göstermiştir. Özellikle kıta Avrupa'sında sosyal devlet anlayışı, toplum ve bireyler arasında meydana gelen kopuşun büyümesi ile kendini gösterme ihtiyacı duymuştur.

Almanya'da 1994 yılına kadar UDB aile bireyleri tarafından karşılanmakta ve bakım için maliyetleri karşılayamayan aileler gelir testine dayalı sosyal yardım programlarından faydalanmaktaydılar.⁶³ Artan sosyal harcamalar üzerine gerçekleştirilen tartışmalardan sonra 1995 yılında sosyal güvenlik sisteminin beşinci sütunu olarak zorunlu uzun dönem bakım sigortası (UDBS) getirilmiştir. Bu tarihten itibaren UDBS'nin kapsamı genişletilmiştir. Nisan 1995'te evde bakım ile ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Daha sonra 1996 yılında bakımevlerine yönelik çeşitli düzenlemeler yapılarak sistem yeniden tasarlanmıştır. İlgili düzenlemelerden sonra bakım evlerinden faydalananların sayısında artış meydana gelmiştir.⁶⁴

Bakıma muhtaçlık konusunda Almanya'da sosyal güvenlik sisteminde yapılan düzenlemeler sonucunda, devletin yaşlı bakımı desteklemesi için en az 6 aylık süre boyunca günlük yaşam aktivitelerinde önemli ölçüde bakıma muhtaçlık halinin olması gerekmektedir. Yardım olarak sunulan hizmette amaç, kişinin gerçekleştiremediği etkinliklerde aktif olarak destek sağlamak ve rehabilitasyon olacak şekilde destek olmaktır. Ayrıca yasal olarak hastalık sigortası yaptıranların zorunlu olarak bakım sigortası da yaptırmaları gerekmektedir. Özel sigorta yaptıranlar için de benzer durum geçerli olmaktadır. Bakım sigortası konusunda sorumluluk ve yetki Federal Sağlık Bakanlığı'na aittir. Uygulama, bakım kasaları tarafından gerçekleştirilmektedir.⁶⁵ Yapılan uygulamalarda bakım sigortasından yararlananların sayısı aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

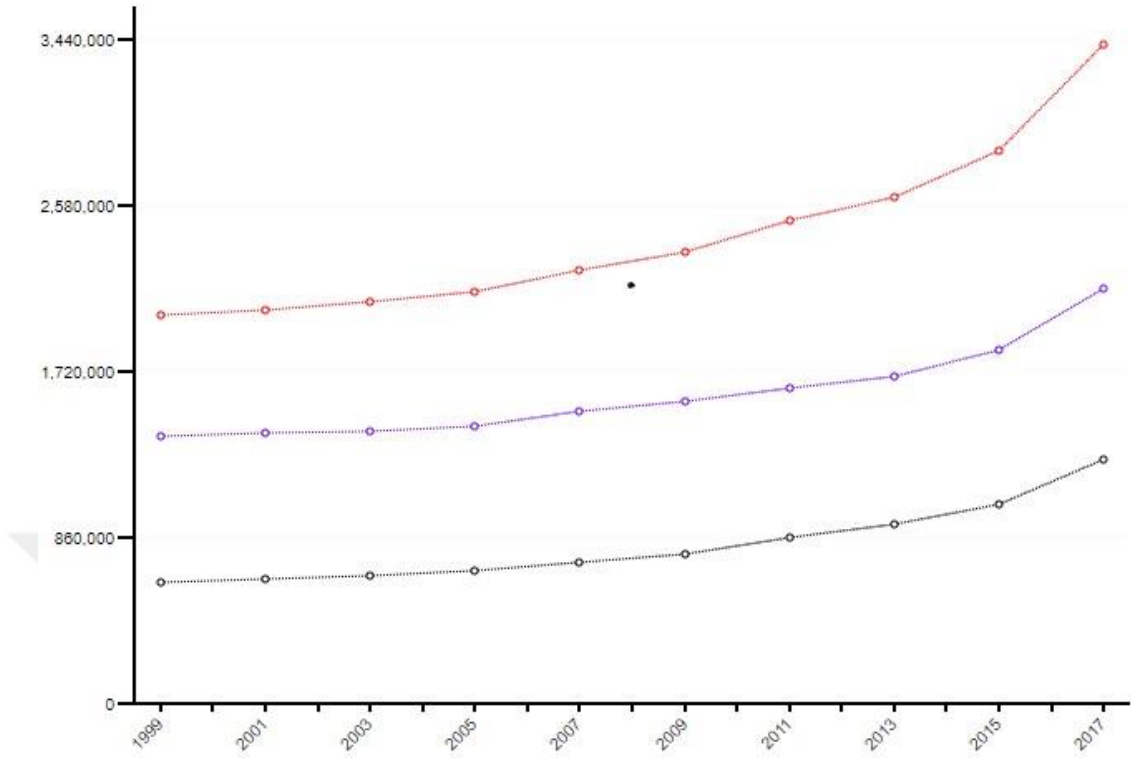
⁶² Meryem Koray, **a.g.e.**, s.319.

⁶³ Erika Schultz, The Long-Term Care System for the Elderly in Germany: ENEPRI Research Report No. 78, **ANCIENT**, 2010, p.1

⁶⁴ Heinz Rothgang, "Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model", **Social Policy and Administration**, V:44, I:4, 2010, p.p.441-442.

⁶⁵ Şeniz Özmert Koçer, **a.g.e.**, s.24.

Grafik 2.5. Almanya’da Bakım İhtiyacı Olan Kişi Sayısı



Kaynak: Destatis, People in Long-Term Care, Person in Needs of Care.

Almanya’da bakıma ihtiyacı olan kişi sayısı yaklaşık olarak 3,5 milyon civarındadır. Kadınların grafikteki oranı erkeklerin iki katına yakın olmaktadır. Toplam nüfus grafiğine de bakıldığında kadınların toplam yaşam süresinin erkeklere nazaran daha uzun olması bu farkın oluşmasındaki sebeplerden biridir. Burada kadınların bakım ihtiyacının fazla olması, yaşlı nüfus içerisindeki kadın sayısının erkek sayısından fazla olması ile ilişkilendirilebilir. Bakıma ihtiyaç duyanların sayısı ise toplam yaşlı nüfusa oranladığında %20 gibi bir orana tekabül etmektedir.

2.2.3. Almanya’da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

UDB kapsamında bakıma muhtaçlık derecelere ayrılmıştır. Birinci derecede, beslenme ve vücut bakımı gibi temel bakım ihtiyaçlarına ihtiyaç duyan kişilere sunulan hizmetler mevcuttur. Haftada en az bir kere ev işlerinde yardıma ihtiyaç hali bu kategori içerisinde değerlendirilmektedir. İkinci derecede, günde en az üç kez

günün çeşitli saatlerinde temel bakıma ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca burada birkaç kez ev işleri için yardım mevcuttur. Üçüncü derecede ise günün her saatinde bakıma ihtiyaç duyulma hali mevcuttur. Bu derecede bakım için gerekli zaman günde en az beş saat olmak zorundadır. Bu beş saatin de en az dört saati temel bakım ve beslenme ihtiyaçları için kullanılmalıdır. Ayrıca sıfır (0) derece kategori de bulunmaktadır. Bu kategoride, kabiliyet zayıflığı yaşayanlar, zihinsel engelli veya ruhsal rahatsızlığı olanlar için düzenlemeler mevcuttur.⁶⁶

Görüldüğü üzere bakıma muhtaçlık konusunda ayrıntılı düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Kategorileştirme sonucunda bakıma ihtiyaç duyanların gereksinimlerine göre sunulacak hizmetlerin belirlenmesi için düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca sağlık sigortası içerisinde UDB sigortasının da zorunlu olarak mevcut olması bakım konusunda yapılmış önemli düzenlemelerden birisidir.

2.2.3.1. Almanya’da Evde Bakım Hizmeti

Evde bakım hizmeti kapsamında yapılacak hizmetler kişinin ihtiyacına göre değişiklik göstermektedir. Bakım hizmetini kimin sağlayacağı konusunda da farklılıklar mevcuttur. Bakımı sağlayacak kişi, enformel veya profesyonel bir bakıcı olabilir. Bakımın enformel bakıcı tarafından sağlandığı durumlarda aylık nakdi olarak ödeme yapılmaktadır. Bakımın derecesine göre değişmekle birlikte enformel bakıcılar için yapılan yardımlar 2013 yılında 235 ile 700 avro arasında değişiklik göstermiştir.⁶⁷ Bakım sağlayıcının profesyonel olması durumunda yapılan nakdi yardımların miktarı daha fazla olmuştur. 2013 yılı verilerine göre profesyonel bakıcılar tarafından yürütülen bakım hizmetinde yapılan yardımlar birinci derece için 450 avro, ikinci derece için 1100 avro, üçüncü derece için 1550 avro olacak şekilde düzenlenmiştir.⁶⁸

Evde bakım hizmeti verilmesinin sebeplerinden birisi, kişinin uzun süre yaşamaya alıştığı ortamın değiştirilmek istenmemesidir. Bireyin yaşadığı ortamdan

⁶⁶ Şeniz Özmert Koçer, **a.g.e.**, s.74.

⁶⁷ Muhammet Metin, “Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, (Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014, s.30.

⁶⁸ Burcu Ayhan, “Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler”, (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014, s.92.

yabancılaşmaması, yaşam motivasyonunu artırarak bireyin hayati fonksiyonlarını iyileştirme konusunda bir ilerleme sağlamaktadır. Ayrıca bireyin kendi yaşadığı ortam ile uyumundan yararlanılarak bakım hizmetlerinin uygulanabilirliği artırılmaktadır. Burada asıl olan bireye sunulan hizmetin kalitesidir. Verilen hizmetin derecesi ile parasal miktarı arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca evde bakım hizmetleri bakım kasası bünyesinde bulunan sigortalı çalışanlar tarafından sağlanmaktadır. Uzman kişiler tarafından verilen bakım hizmetinin faydaları olduğu gibi belli noktalarda eksiklikleri de olmaktadır. Dezavantajlar içinde insan ilişkileriyle alakalı olarak göze çarpan nokta duygusal bağın kurulamaması olmuştur.

Evde bakımın enformel bir bakıcı tarafından verilmesinin bazı avantajları da mevcuttur. Profesyonellerin aksine enformel bakımda hizmet, bakılan kişinin aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bakıcı ile bakıma ihtiyaç duyan birey arasında duygusal bir bağ olması bakıma verilen özeni artırmaktadır. Enformel bakımın riskleri olsa da bakım hizmeti hane halkı tarafından yapıldığı için etkili olmaktadır. Bakıcı ile hasta arasında duygusal bir ilişkinin olması hastaya sunulan bakım hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi açısından pozitif değer niteliğinde görülmektedir.⁶⁹

2.2.3.2. Almanya’da Kurumsal Bakım

Evde bakım kapsamında sunulan hizmetler yeterli değilse, kişi kurumda bakım isteme hakkına sahip olmaktadır. Fakat kişinin zorunlu haller dışında doğrudan kurumda bakım istemesi durumunda, bakım için sunulan hizmetlerin ek masrafları kendisi tarafından karşılanmaktadır. Kurumsal bakım evde bakım ihtiyacı karşılanamayan bireyin ihtiyaçlarını kurumda karşılamak üzere geliştirilmiş bir sistemdir. Kişinin kurumda yatılı bakım gibi geniş kapsamlı bir hizmete ihtiyacı olmadan bakımı karşılanabilmekte ise bu durum kurumda gündüzlü bakım şeklinde de sunulmaktadır.⁷⁰

Kurumda bakımın içerisinde gündüzlü bakım öne çıkmaktadır. Evde bakım hizmetinin yeterli olmadığı durumlarda ise yarı zamanlı bir kurumsal düzenleme ile

⁶⁹ Katrin Heinicke, Stephan L. Thomsen, “The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives”, **Centre for European Economic Research**, 2010, s.15-16.

⁷⁰ Burcu Ayhan, **a.g.e.**, s. 107.

kişinin ihtiyacına göre kurum tarafından bu ihtiyaçları giderilmek üzere gece veya gündüz bakım hizmeti verilmektedir. Bu durumda bakımı talep eden kişinin kuruma gidip gelmesi gerekmektedir. Bakıma muhtaç kişi hem evde bakımdan hem de kurumda verilen bakım hizmetinden aynı anda faydalanabilmektedir.⁷¹ Burada kişinin kurumda kalmadan evde bakım hizmeti ile ihtiyaçlarının giderilmesi amaçlanmıştır. Evde bakımın yetersiz kaldığı durumlarda kurum destekli bakım sağlanarak kişinin kuruma tam bağımlı olmadan bakım hizmeti alınması amaçlanmaktadır.

Kurumsal bakım için ödenecek maddi tutarlar da evde bakım hizmetlerindeki gibi değişiklik göstermektedir. Kurumda bakım için yapılan nakdi yardımlar ile evde bakım için yapılan nakdi yardımlar arasındaki farkın oluşmasında, kurumda bakım için profesyonellerin hizmet vermesi etkili olmaktadır. Kurumsal bakımda, OECD'nin 2010 yılı verilerine göre en yüksek seviye bakıma ihtiyacı olanlar için aylık 1918 avro ödeme yapılmaktadır. Ayrıca gece ve gündüz bakımı içerisinde, yol ve kurum masraflarını karşılamak üzere birinci seviye için 440 avro, ikinci seviye için 1041 avro, üçüncü seviye için ise 1510 avro ödeme yapılmıştır.⁷² 2013 yılında ise sırasıyla 450, 1100, 1550 avro ödeme yapılmıştır. Gece ve gündüz bakım için ödenen miktarlar evde bakım için ödenen miktarlar ile benzerlik göstermektedir.

Bakıma ihtiyacı olan kişinin öncelikli olarak kendi yaşam alanı olan evinde bakılması hem kişi için hem de kurum açısından avantajlı olmaktadır. Kişi açısından bakıldığında yaşadığı ortamın değişmemesi, yaşlanırken insanın her ortama uyum sağlayamamasından kaynaklanacak olumsuzlukların önüne geçerken, diğer taraftan da verilen bakım hizmetinin genel olarak aileden birisi tarafından verilmesi bakıcı ile hasta arasında oluşmuş duygusal bağ, verilen hizmete özen ve kalite açısından olumlu etkide bulunacaktır. Kurumda bakım hizmetleri ise kişinin profesyonel bakıma ihtiyaç duyduğu veya bakacak bir yakınının olmaması gibi durumlar dikkate alınarak oluşturulmuştur. Evde bakıma göre kurumda bakım hizmetleri için yapılan ödemeler değişiklik göstermekle birlikte kurumda bakımın içerisinde de sunulan hizmetler açısından farklılıklar olmaktadır. Kurumda bakım içerisinde gece ve gündüz bakım hizmetleri kurumun işleyişini rahatlatacak bir bakım türüdür. Hastanın evde bakım

⁷¹ Katrin Heinicke, Stephan L. Thomsen, **a.g.e.**, p.12.

⁷² Heinz Rothgang, **a.g.e.**, p.439.

hizmeti yetersiz kalıyorsa ve kurumda yatılı kalmadan bu ihtiyacı giderilecekse ilgili bakım türü ile soruna çözüm üretilmiştir.

2.3. Hollanda

Hollanda, Avrupa kıtasının batısında yer alan, dünya ticaretinde önemli bir yere sahip, geçmişteki sömürgecilik deneyimi sebebiyle çeşitli coğrafyalarda toprağı olmuş ve halen Avrupa kıtası dışında topraklara sahip olan, uzun zamandır gelişmiş ülkeler içerisinde yer alan, kişi başı GSYİH'si yüksek olan bir ülkedir. Nüfus yapısına bakıldığında, Avrupa ülkeler içerisinde yaşlı nüfus oranı ortalamasının üzerinde olan bir ülkedir. Nüfusun hızla yaşlanması; genel olarak ekonomik gelişmişlik, genç nüfusun azalması, doğum oranlarında yaşanan düşmeler ve sağlık sisteminde gerçekleşen iyileşmeler ile ilişkilendirilmektedir. Sağlık sisteminde yaşanan gelişmelere bakıldığında yaşanan nüfus ile alakalı çeşitli bakım sistemleri geliştirilmiştir. Hollanda özeline bakılacak olursa bu ülkenin yaşlı bakımı ile alakalı yaptığı düzenlemeler öne çıkmaktadır. Yaşlılar ile ilgili ilk düzenleme ise 1968 yılında gerçekleştirilmiştir.

2.3.1. Hollanda'nın Nüfus Yapısı

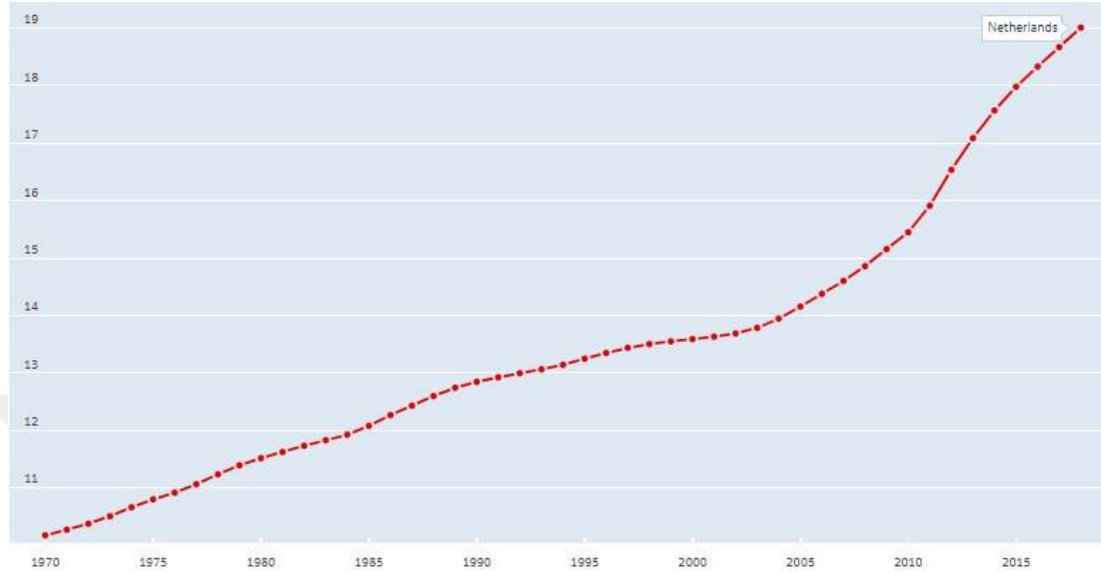
Hollanda'nın toplam nüfusu 2019 Eurostat verilerine göre 17.282.163 olarak verilmiştir.⁷³ Kıta Avrupa'sında gelişmiş ülkelere bakıldığında Hollanda'nın nüfusunun çok yüksek olmadığı görülmektedir. Yaşlı nüfus oranına bakıldığında yine Eurostat verilerine göre yaşlı nüfus oranının %19 ile gayet yüksek olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu bir ülkede yaşlı nüfus ile ilgili politikaların olması kaçınılmazdır. Nüfus projeksiyonlara bakıldığında Hollanda'nın 2100 yılı için toplam nüfusunun 17,967,454 olacağı tahmin edilmektedir.⁷⁴ Projeksiyonlardan hareketle toplam nüfusun değişmemesi; doğurganlık hızının oldukça düşük olması sonucunda gerçekleşirken, yaşlı nüfus oranının artacağı

⁷³ Eurostat, Demographic Change in the EU, (Çevrimiçi), <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/demographic-change-eu>, Erişim tarihi: 12.09.2020.

⁷⁴ Eurostat, Population Projections, (Çevrimiçi), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en>, Erişim Tarihi: 03.03.2021.

sonucunu doğurmaktadır. Aşağıdaki grafikte ise Hollanda'nın yaşlı nüfus oranının tarihsel gelişimi verilmiştir.

Grafik 2.6. Hollanda'nın Yaşlı Nüfus Oranı



Kaynak: OECD Data, Elderly Population, Hollanda, 1970-2018.

Grafik 2.6.'da görüldüğü üzere Hollanda nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus oranı 2010 sonrasında sıçrama yaşayarak ciddi ölçüde artış göstermiştir. Yaşlı nüfusun ciddi oranda artması ile yaşlı nüfus ile ilgili politikaların da önemi artmıştır. Zaten geçmişten gelen düzenlemelerin varlığı yaşlı nüfus politikalarında yenilikçi anlayışın getirilmesi açısından önemli olmuştur. Yaşlı nüfusun nerede kalacağı, nasıl imkanlar sunulacağı, hangi ekonomik kaynaktan fonlanacağı gibi sorular bu politikaların şekillenmesinde etkili olmuştur. Ayrıca Hollanda'da annelik yaşına bakıldığında 40 yaş ve üzere yaşta doğum yapan kadınların sayısı 2001 yılında 4,344 iken 2018 yılında bu sayı 5,984 olmuştur. 20 yaş ve altında doğum yapan kadınların sayısı ise 2001 yılında 3,569 iken 2018 yılında 1.323 olmuştur.⁷⁵ Burada iki yaş grubu arasında mukayese yapılacak olursa, orta ve üzeri yaşta doğum yapan kadınların fazla olması ebeveyn ile çocuk arasında yaş skalasının daha yüksek olmasına sebep olacağından ötürü doğum hızının da yavaşlamasına neden olmaktadır. Yani toplum yaşlanırken yeni doğanların sayısı yavaş bir şekilde bu yaşlanmayı takip etmektedir. Diğer yandan anne olma yaşı daha

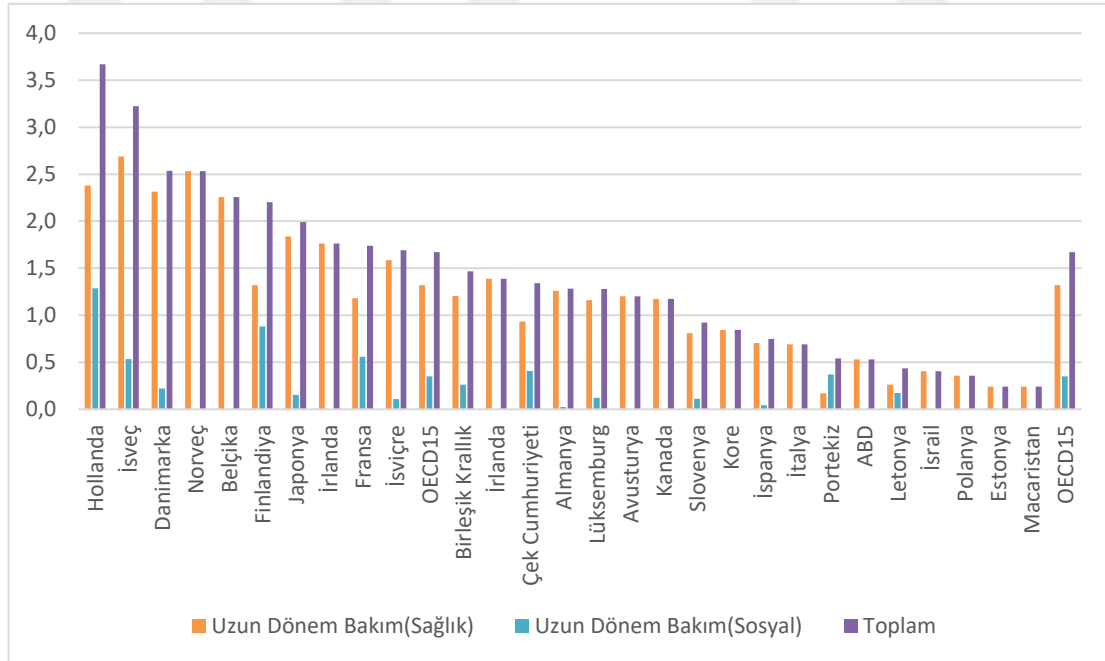
⁷⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek'in 20 Kasım 2019 verilerinden faydalanılmıştır. (Çevrimiçi), <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/en/dataset/81628ENG/table>, Erişim tarihi: 08.07.2020.

genç olduğu takdirde toplumun yaşlanması ile yeni doğanlar arasındaki yaş farkı azalmış olmaktadır. Bu da toplumda yaşlı nüfus oranının azalmasına sebep olması ile genç nüfusun artması ile sonuçlanmaktadır. Fakat Hollanda’da bu durum yeni doğanların az olmasından ötürü yaşlı nüfusun fazla olmasına neden olmaktadır.

2.3.2. Hollanda’da Uzun Dönem Bakım

Hollanda, UDB’yi istisnai sağlık harcamaları kapsamında tanımlamış ve 1968 yılında bununla ilgili bir kanun çıkarmıştır. Bu kanunda amaç; genel sağlık sigortası içerisinde istisnai bir sigorta kolu oluşturarak, halkın özel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak olmuştur. Bu sigorta kolu uzun dönemli tedavilerden ziyade UDB’yi finanse etmek için oluşturulmuştur. Hemşirelik bakımı, kişisel bakım, fiziksel aktiviteler için asistan, psikolojik destek, rehabilitasyon hizmeti ve evde bakım gibi faaliyetler ilgili bakım içerisinde sunulan hizmetler arasında yer almaktadır. Evde bakım ve hemşirelik bakım hizmetleri yaşlılar için genel kapsayıcı hizmetler arasında sayılabilir. Bu tür hizmetler günlük yaşam aktiviteleri için temel nitelikte sayılabileceği için bunlara olan ihtiyaç da daha fazla olmaktadır.

Grafik 2.7. OECD Ülkelerinde UDB Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payları



Kaynak: [OECD Health Statistics 2020](https://data.oecd.org/health/health-statistics-2020/).

GSYİH içerisinde gerçekleştirilen UDB harcamaları bakımından Hollanda OECD ülkeleri arasında en çok paya sahip ülke olmuştur. 2015 yılı verilerine göre GSYİH'sinin %3,7'sini UDB bakıma harcayan Hollanda, OECD ülkeleri içerisinde en fazla harcama payına sahip ülke olması ile yaşlı politikalarında etkin olduğu görülmektedir. Uzun dönemli bakım ve tedavi konusunda modern olarak ilk düzenlemeleri gerçekleştirmiş olması ile harcamalarda da en çok paya sahip olması, UDB konusuna ne kadar önem verildiğini göstermektedir.

Hollanda, çeşitli bakım hizmetlerini kapsayan UDB sigortasını ilk uygulayan ülke olarak diğer OECD ülkelerinden ayrılmaktadır. Hollanda'nın bu alandaki kamusal harcamaları diğer ülkelere göre daha yüksektir.⁷⁶ Buradan yola çıkarak Hollanda'da daha cömert bir UDB programı olduğunu söylemek mümkündür. Yaşlı oranının yüksek olduğu göz önüne alındığında yapılan harcamaların yüksek olması şaşırtıcı gözükmemektedir. Bu noktada Hollanda'nın kişi başı UDB harcamasının yüksek olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir.

UDB'nin kapsamı kurulduğu yıldan bugüne kadar genişletilmiştir. İlk olarak evde bakım, zihinsel engellilere kurumda bakım ve en az bir yıl olmak üzere uzun süreli hastane bakımlarını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Daha sonrasında 1980'lerde yapılan düzenlemeler ile hastanede yapılan tedaviden sonra evde bakımın yapılması ile ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 80'li yıllarda yapılan bir başka düzenleme aile bakımına yönelik gerçekleştirilmiştir. Aile içerisinde yaşanacak kırılganlıklara yönelik olarak psikolojik desteklerin uygulanması hedeflenmiştir. 1997 yılına gelindiğinde artık yaşlıların kalabilecekleri kurumda bakım imkanına yönelik düzenlemeler yapılmıştır.⁷⁷ Kurumda bakım içerisinde hemşirelik bakımı, psikolojik destek, fiziksel aktivite imkanları dahil edilerek daha modern ve kapsamlı bir bakım programı oluşturulmaya çalışılmıştır.

Hollanda Sağlık Bakanlığı (NAD) 1997 yılında belediyelerin UDB ile ilgili bağımsız değerlendirme ofisleri kurması gerektiğini belirtmiştir. Bu aşamadan sonra

⁷⁶ **Financing Long-Term Care in Europe: Institutions, Market and Models**, ed. Joan Costa-Font, Christophe Courbage, 2011, p.103.

⁷⁷ Joan Costa-Font and Christophe Courbage, **a.g.e.**, p.p.104-105.

belediyeler, bu ofislerin kurulmasında aktif rol oynamış ve 2000 yılına gelindiğinde ofislerin sayısı 85 olmuştur. Bu ofisler Hollanda’da tüm bölgeleri kapsamakla beraber hastaların uzun süreli bakım ihtiyacını, evde bakım için gerekli ortamın oluşmasını ve sunulan hizmetin kalitesini incelemekle mükelleftirler. 2000 yılından günümüze kadar değerlendirme ofislerinin kapsamı fiziksel ve zihinsel engelli insanların barınma ve bakımın ihtiyaçlarını kapsayacak şekilde düzenlemelerle genişletilmiştir. Değerlendirme ofisleri gerçekleştirmiş oldukları değerlendirmeleri, kapsam alanında bulunan bütün bakım türleri için yapmaları gerekmektedir. Aksi takdirde bakım türleri arasında mukayese yaparak bu işlemleri gerçekleştiriyorlarsa yapılan değerlendirmeler kısır kalacak olup sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini de düşürecektir.

Bakım ofisleri NAD tarafından bakım zincirinin merkezi olarak tanımlanmaktadır. Bakım zinciri ise bakıma ihtiyaç duyan bireylerin takip etmesi gereken yolu ifade etmektedir. Bakım isteyen birey değerlendirme ofisine başvurarak ilk aşamayı tamamlamış olur. Ardından bakım ofisleri tarafından başvuru yapan bireyin evine ziyaret gerçekleştirerek bireyin ve bakım hizmeti verilecek ortamın değerlendirmesi yapılmaktadır. Ayrıca ofisler bakım hizmetinin nasıl sunulması gerektiği hakkında da bilgi vermektedirler. Ardından hazırlanan rapor sigorta şirketlerine gönderilerek bakım hizmetinin verilip verilmeyeceği yani bakım hizmetinin sigorta tarafından karşılanıp karşılanmayacağı kesinleşmektedir. Sigorta şirketinin onaylaması sonucunda değerlendirme raporu dikkate alınarak bakıma ihtiyaç bireyin bakım hizmetini gerçekleştirecek bakıcı tarafından bu hizmet verilmeye başlanmaktadır. Burada değerlendirme ofislerinin işleyişini ve yapılan değerlendirmelerin titizliği sonucunda bakım hizmetinin ülke genelinde aynı kalite ve koşullarda verilmesi sağlanmaktadır. Bakıcının profesyonel bakıcılar tarafından sağlanması da gerçekleştirilen hizmetinin kalitesini artıran unsurlardan bir tanesidir.

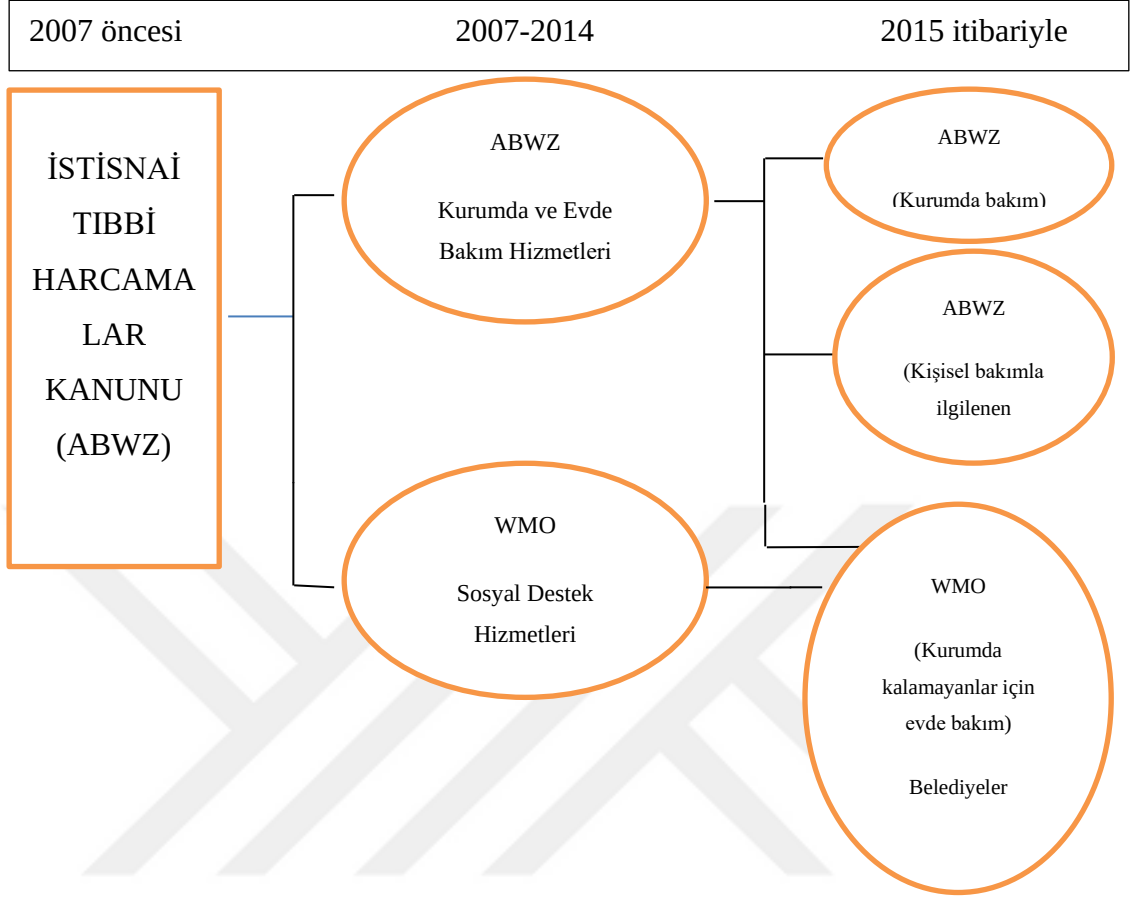
2.3.3. Hollanda’da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

Kıta Avrupası içerisinde uygulanan UDB hizmetlerine bakıldığında genellikle evde ve kurumda bakım hizmetlerinden faydalananların fazla olduğu görülmektedir. Sunulan bu hizmetler genel olarak diğerlerine göre daha kapsayıcı olmaktadır.

Yaşlıların kendi evlerinde bakım hizmetleri almaları kurumsal eksikliklerin giderilmesi açısından da önem ifade etmektedir. Kurumda bakım evde bakıma göre daha kapsayıcı olmakla beraber yaşlıların kurum içerisinde aktif yaşlanmaları açısından evde bakımın bunun gerçekleşmesi için daha iyi bir ortam olduğu düşünülmektedir. Kurumda bakım hizmetinin profesyonel olarak uygulanabilmesi evresine geçilebilmesi için ön şartlardan en önemlisi evde bakım hizmetlerinde elde edilen deneyimlerdir. Evde bakımı gerçekleştiren bakıcının, bakıma ihtiyaç duyan birey ile ekseriyetle akrabalık veya dostluk ilişkisi içinde olması bakım ihtiyacı karşılanan bireyin bakıcı ile ilişkisinin duygusal bir bağ dahilinde gerçekleşmesi ile aktif yaşlanmanın içerisinde mevcut bulunan sosyal çevre ilişkisinin kurulması ilkesinin doğrudan gerçekleşmesi sonucunu doğurmaktadır.

UDB harcamalarının ilk uygulanmaya başladığı günden itibaren GSYİH içerisindeki payı artarak devam etmiştir. 1968 yılında GSYİH'nin %0,8'i UDB harcamalarına aitken bu rakam 1980 yılında %2 ve 2005 yılında da %4'e kadar yükselmiştir. Tabi bu artış içerisinde ilgili bakım programı kapsamının genişletilmesi önemli bir etken olmuştur. Yürürlüğe konduğu günden bugüne kadar çeşitli reformlara tabi olması ise UDB kapsamının genişletildiğine ve ihtiyaçlara cevap vermek için günceli takip ettiğine delil olarak gösterilebilir. 2007 yılında ise UDB kapsamına yerel yönetimlerin desteği sağlanarak merkezi harcamalardaki yükü hafifletilmek istenmiştir. 2007 ile 2014 yılında yapılan sosyal destek hizmeti düzenlemesi ile belediyeler de UDB içerisine dahil edilmiştir.

Şekil 2.1. Hollanda Uzun Dönem Bakım Programının Yıllar İçerisindeki Değişimi



Kaynak: J.A.M. Maarse and P.P.T. Jeurissen, “The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands”, **Health Policy**, 2016, C:120, S:3, p.243. verilerinden yararlanarak hazırlanmıştır.

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü üzere Hollanda, UDB konusunda çeşitli değişiklikler yapmış ve bu değişiklikler ile programın hem mali hem de idari açıdan daha rahat sürdürülebilmesi için yerel yönetimleri UDB programına dahil etmiştir. Belediyelerin UDB içerisindeki rolü devletin ve özel sektörün sunduğu imkanlardan daha az kapsamlı olmakla birlikte aslında yürütülen program içerisinde evde bakım gibi hem külfetli hem de idare edilmesi zor olan bir alanda hizmet vermektedir. Burada evde bakımın genel bakım programı içerisindeki rolünü tekrardan görmek mümkün hale gelmektedir.

2.3.3.1. Hollanda’da Evde Bakım

Evde bakım hizmeti, bakıma ihtiyaç duyan bireyin günlük yaşam aktivitelerinin kolayca sağlanması, sağlık ihtiyacının karşılanması, bedenen yapması gereken fiziksel aktivitelerin yapılmasına yardımcı olma gibi aktivitelerin enformel ya da formel bakıcılar tarafından bireyin evinde yerine getirilmesidir. Hollanda’da gerçekleştirilen profesyonel evde bakım hizmeti içerisinde günlük yaşam aktiviteleri, hemşirelik hizmeti, psikolojik ve sosyal destek hizmeti sunulmaktadır.⁷⁸ Bakıma ihtiyaç duyan bireylerin tespiti ise uygulamanın ilk zamanlarında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktaydı. Artan başvurular sonucunda, ihtiyaç değerlendirmeleri 1997 yılından itibaren bağımsız ofisler tarafından sağlanmaktadır.⁷⁹ Bahsedilen değerlendirme ofislerinin, bakım türüne ihtiyaç duyan vatandaşların değerlendirmelerini yaparken bakım türlerinin finansal kriterlerini de göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Hollanda’da Harici Sağlık Harcamaları Kanunu (AWBZ), Kronik Bakım Kanunu (WLZ) ve Sosyal Destek Kanunu (WMO)’nun kapsamında olan UDB hizmetlerinden yararlanan sayısı 2001 yılında 516.637 kişiyken, 2019 yılında 798,820 kişiye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre yaklaşık 20 yıllık bir zaman diliminde UDB’den yararlananların sayısı yaklaşık 250,000 kişi artmıştır.⁸⁰ Bu sayının yükselmesinde yaşlı nüfusun artış göstermesi en önemli sebeplerden birisidir. Bağımsız değerlendirme ofisleri tarafından UDB kapsamı genişletildiğinde bakım hizmetlerine ayrılan finansmanın da artması söz konusu olmuştur.

⁷⁸ Marco Algera vd., “An Evalution of the New Home-Care Needs Assessment Policy in the Netherland”, **Health and Social Care in the Community**, V:11, I:3, 2003, p.232.

⁷⁹ Marco Algera vd., **a.g.m.**, p.p.232-233.

⁸⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek, (Çevrimiçi), <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/en/dataset/81628ENG/table>, Erişim tarihi: 07.07.2020.

Tablo 2.2. Uzun Dönem Bakım Hizmeti Kapsamından Yaralanan kişi Sayısı

	2001	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UDB'den yararlanan 80 ve üzeri yaştakiler	516,637	702,820	717,089	734,976	748,748	764,275	778,914	798,820
Evde Bakım Hizmetinden Toplam Yararlananların Sayısı	-	249,000	246,000	215,000	211,000	211,000	212,000	214,000
Kurumda Bakım Hizmetinden Toplam Yararlananların Sayısı	-	145,000	142,000	132,000	130,000	130,000	132,000	134,000

Kaynak: Centraal Bureau voor de Statistiek 20 Aralık 2019 verilerinden yararlanarak hazırlanmıştır.

Tablo 2.2’de görüldüğü gibi yaşlı nüfusun artması ile UDB’den yararlanan kişi sayısında 2001-2019 yılları arasında %52’lik bir artış gerçekleşmiştir. Tablo 2.2.’de Hollanda’da yaşlı nüfusu oranının yıllara göre değişimine bakıldığında, gerçekleşen artışın UDB’den yararlananların sayısındaki artış ile doğru orantılı olduğu görülmektedir. UDB kapsamında sunulan hizmetlerden yararlananların sayısı dalgalı bir seyir izlemiş fakat UDB’den toplam faydalanan kişi sayısında artış meydana gelmiştir.

Hollanda İstatistik Bürosu (CBS) verilerinden yararlanarak hazırlanmış olan yukarıdaki tabloda UDB programından yararlanan kişi sayısındaki yükseliş ile yaşlı nüfus oranındaki artış arasındaki benzerlik yıllar bazında da görülmektedir. Nüfusun yaşlanması ile yaşlı nüfus politikaları içerisinde yer alan UDB hizmeti ve bu hizmetin uygulanması için gerçekleştirilen UDB sigortasının fon miktarında da bir artış meydana gelmiştir. Yukarıda bahsedildiği üzere Hollanda’da UDB hizmeti devletin organize ettiği bağımsız değerlendirme ofisleri tarafından yürütülmekte ve bu ofislerle iş birliği halinde çalışan sigorta şirketleri tarafından fonlanmaktadır. Devletin bu

hizmetin yürütülmesinde etkin bir şekilde rol aldığı görülmektedir. Yine CBS verilerine göre tüm sağlık ve sosyal hizmetlerine yapılan toplam harcama 2001 yılında 50,1 milyar Euro iken 2018 yılında 100 milyar Euro olmuştur. Görüldüğü üzere yapılan harcamalarda 20 yıllık periyotta yaklaşık iki kat artış gerçekleştirilmiştir. Bu artışın gerçekleşmesinin temel nedenleri arasında UDB kapsamının genişletilmesi ve bu hizmetlerden yararlananların sayısının artması ve yaşlı nüfus oranında meydana gelen yükselmedir.

2.3.3.2. Hollanda’da Kurumda Bakım Hizmeti

Hollanda’da kurumda bakım hizmetleri birçok bakım hizmetini içermektedir. Bu hizmetler içerisinde en temel konuma sahip olan sağlık bakımı hizmeti olmuştur. Kurumda sağlık bakımı, temel tıp branşları arasında yer almaktadır. Bu özelliği ile Hollanda, kurumsal sağlık bakımının tıp branşları arasında yer aldığı tek ülke konumundadır.⁸¹ Ayrıca Hollanda tıp hizmetleri uzmanlaşma alanlarını belirleyerek yaşlılar için bakım hizmetlerinde bir uzmanlaşmaya gitmiştir. Toplumsal tıbbi hizmetlerin sunulduğu hekimlik müessesesi ayrılarak aile hekimliği ve kurumsal yaşlı bakım hekimliği şeklinde örgütlenmişlerdir. Hollanda’da kurumsal bakım hizmetlerinin gelişmesi hastanelerde sunulan hizmetlerin maliyetleriyle ilgili olmakla beraber demografik değişimlerle de ilgilidir. Hastaneler daha çok kronik hastalıklarla ilgilendiği için bakım hizmetlerinin daha uzun süreli olmasına bağlı olarak huzurevleri kurulmuştur. Kayıt dışı bakım konusunda gerçekleştirilen sınırlamalar ile huzurevlerine olan ihtiyaç artmıştır. Bununla birlikte modern toplum yapısında meydana gelen gelişmeler ve değişimler sonucunda çocuklar ebeveynleri için bakım evlerine ihtiyaç duymuşlardır. 1968 yılında gerçekleştirilen düzenleme ile bakım evleri kendi özerkliklerine kavuşturulmuştur.

Kurumda bakım hizmetleri kapsamında; evde bakım hizmeti içerisinde günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlananlar, bakım hizmetlerinde daha kapsamlı hizmetlere ihtiyaç duyanlar yaşlı bireyler kabul edilmektedir. Hollanda’da bulunan yaşlıların çoğunluğu kendi evlerinde yaşamaktadır. Fakat evde bakım

⁸¹ J.M.G.A. Schools vd., “Nursing Home and Nursing Home Physician: the Dutch Experience”, *Journal of American Medical Directors Association*, V:5, I:3, 2004, p.207.

hizmetinin yaşlı bireyin bakımına yetmediği durumlarda bakım evlerinden yararlanmak için bu kurumlara başvuru yapılması gerekmektedir. Bakım evi programı aşağıda verilen hizmetleri kapsamaktadır:

- Rehabilitasyon,
- Devamlı bakım,
- Geçici bakım,
- Süreli bakım,
- Kriz müdahalesi.

Hollanda’da kurumda bakım hizmetleri sunan kuruluşlar kâr amacı gütmeyen bir müesseselerdir. Örneğin, ABD’de UDB hizmetleri kâr amacı güdebilmektedir ve iki şekilde sunulmaktadır. Bunlar; alım gücü olmayanlara verilen sınırlı bakım hizmetleri ve paralı UDB hizmeti şeklinde sıralanabilmektedir. Fakat Hollanda’da UDB hizmetleri kâr amacı gütmemekte ve devlet kontrolünde sunulmaktadır. Bireyin almak istediği özel hizmetler dışında kalan hizmetler sigorta kapsamına dahildir.

2.4. Japonya

Doğu Asya’da bir ada ülkesi olan Japonya sahip olduğu 126,264,931 nüfus ve yüksek sanayileşme oranı ile dünyanın en önemli ekonomilerinden biridir. Japonya’nın toplam GSYİH’si 4,3 trilyon dolar, kişi başına düşen GSYİH miktarı ise 34,522 dolarıdır. Bu ekonomik göstergeler ile dünyanın en geniş üçüncü ekonomisine sahip ülke konumunda bulunmaktadır. Ayrıca nüfus yapısı itibarıyla da dünyada en çok yaşlı nüfus oranına sahip ülkedir.⁸² Bu sebepten ötürü bu ülkede yaşlılarla ilgili birçok politika geliştirilmiştir.

Yaşlı nüfus oranının ve ekonomik göstergelerin yüksekliği sonucunda emekli sayısının da fazla olması muhtemel olduğu için aslında yaşlı nüfus ekonomik bir düğümle ilişkilendirilmiş olup bu düğüm emekli olanların fonlanması sıkıntısı anlamına gelmektedir. Fakat bu ülkede fon sıkıntısı görülmemektedir. Buradan hareketle, ekonomik açıdan gelişmiş bir ülkede yaşlı nüfusun fon ihtiyacı sadece

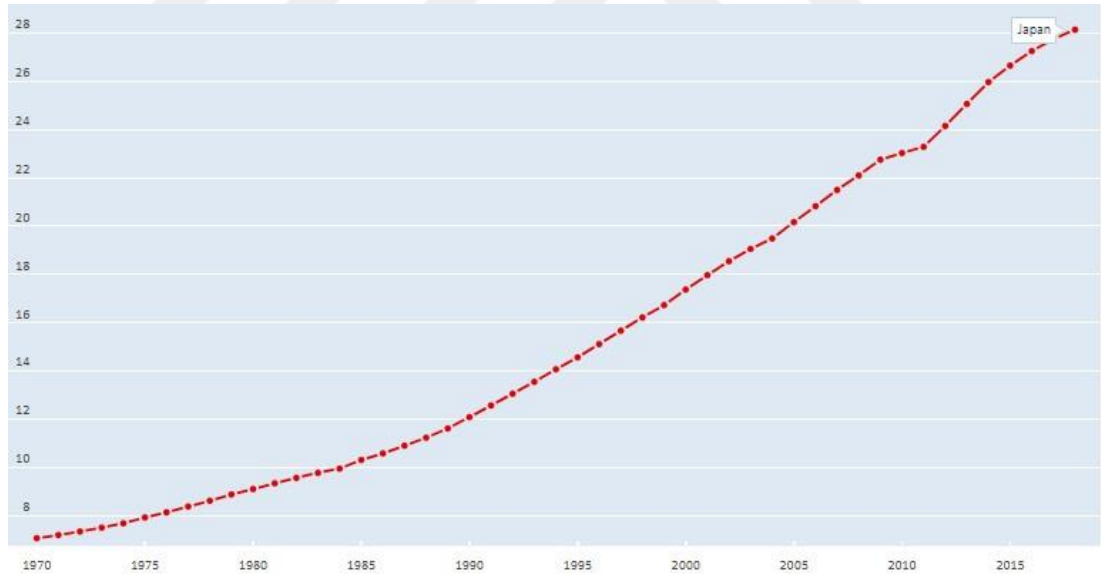
⁸² Japonya Hükümeti, (Çevrimiçi), <https://www.japan.go.jp/japan/>, Erişim tarihi: 12.07.2020.

çalışan nüfusun ödediği primlerden karşılanmamaktadır sonucu çıkarılabilir. Gelişmiş ülkelerde uygulanan sigorta uygulamaları değişmekle birlikte geleneksel toplum yapısına sahip Japonya gibi ülkelerde aile içi bağların kuvvetli olmasından dolayı yaşlı nüfusun yaşamını idame ettirebilmesi için sadece maddi bir gelirin olması ihtiyacı olmamakla birlikte emekli aylığı fonu da önemini korumaktadır.

2.4.1. Japonya'nın Nüfus Yapısı

Japonya sahip olduğu toplam 126 milyon nüfus ile dünya nüfus sıralamasında 11. sırada yer almaktadır. Bununla birlikte OECD verilerine göre⁸³ sahip olduğu %28 yaşlı nüfus oranı, bu ülkeyi en yaşlı nüfus oranına sahip ülke konumuna getirmektedir. Ülke nüfusunun yaşlanması o ülkede doğum ve ölüm oranlarının azlığı, sağlık imkanlarının gelişmiş ve ulaşılabilir olması ve ekonomik ilerleme ile açıklanmaktadır. Yaşlı nüfusun oransal fazlalığı genel olarak ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı görülmektedir.

Grafik 2.8. Japonya Yaşlı Nüfus Oranı



Kaynak: OECD Data, Elderly Population, Japonya, 1970-2018.

⁸³ OECD, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/pop/young-population.htm#indicator-chart>, Erişim tarihi: 12.07.2020.

Yukarıdaki grafikte ülkenin yaşlı nüfus oranının 2010 yılı haricinde sürekli bir şekilde attığı görülmektedir. 2009 yılında ülkede yaşlı nüfus oranı %23 iken 2019 yılında %28'e yükselmiştir. Ülkedeki yaşlanma hızı dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. Verilerden görüldüğü üzere on yıllık bir süre zarfında yaşlı nüfus oranı %5 oranında artış göstermiştir. İkinci Dünya savaşı sonrası ülkede doğumda beklenen yaşam süresi kadınlar ve erkekler için artmıştır. Ölüm oranlarının da azalması ile ülke yaşlı bir nüfusa sahip olmuştur. Yaşlı nüfus oranının yüksek olmasının temel sebepleri arasında doğum ve ölüm oranlarının azlığı bulunmaktadır. Bununla bağlantılı olarak bu ülkede genç nüfus oranının da oldukça düşük olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre 2018 yılında genç nüfus oranı %12'dir ve bu sayı genel nüfusa oranlandığında takriben 15 milyon kişiye tekabül etmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin⁸⁴ 84.2 olduğu göz önüne alındığında, bu ülkede emeklilik yaşının 70 olarak kabul edilmesi şaşırtıcı gözükmemektedir. Zira genç nüfusun azlığı ve yaşlı nüfusun fazla olması beraberinde ekonomik açıdan da zorlukları getirmektedir. Emeklilik sisteminin işleyişi açısından çalışma çağındaki nüfusun fazla olması olumlu bir faktördür. Emekli aylığı fonunun işlevselliği açısından çalışma hayatında bulunanların kayıt dışı olmamak şartıyla fazla bulunması gerekmektedir. Burada fazladan kasıt aktif olarak çalışmayı ifade etmektedir.

2.4.2. Japonya'da Uzun Dönem Bakım

Japonya dünyada yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülke olmasına rağmen UDB sigortası uygulamalarıyla ilgili geniş kapsamlı düzenlemeleri 1990'lı yıllarda ve 2000 yılının başlarında gerçekleştirmiştir. Uygulamaların günümüze yakın tarihlerde düzenlenmesi, ülkenin toplumsal yapısı ile ilişkilendirilebilir. Zira geleneksel aile bağlarının güçlü olduğu toplumlarda yaşlı insanlara saygı gösterilmektedir. Bu saygı kavramı, aile içerisinde bulunan yaşlıların bakımını da kapsayan geniş anlamı olarak davranışlar bütününe ifade etmektedir. Çünkü geleneksel toplumlarda aile önemli bir kurumdur. Yaşlılar ailenin büyükleri oldukları için onların tecrübelerinden yararlanılmakla beraber evde bir yaşlının bulunması ailedeki düzenin korunması ve

⁸⁴ OECD, Life Expectancy at Birth, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, Erişim tarihi: 04.03.2021.

sürdürülmesi anlamına gelmektedir. Toplum içerisinde bulunan yaşlıların sayısının artmasıyla beraber hükümetlerin yaptığı politikaların tarihsel süreci aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Japonya’da Yaşlılar için Refah Politikalarının Gelişimi

	Yaşlanma Oranı	Temel Politikalar
<u>1960’lar</u> Yaşlılar için Refah Politikalarının Başlaması	%5,7 (1960)	1963 Yaşlılara Yönelik Sosyal Refah Hizmetlerine İlişkin Kanunun Kanunlaştırılması
<u>1970’ler</u> Yaşlılar için Sağlık Harcamalarının Genişletilmesi	%7,1 (1970)	1973 Yaşlılara Ücretsiz Sağlık Hizmeti
<u>1980’ler</u> Sosyal Sorunların Çözümü için Adımlar	%9,1 (1980)	1982 Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Kanununun çıkarılması
<u>1990’lar</u> Altın Plan’ın tanıtımı ve Uzun Süreli Bakım Sigorta Sisteminin kabulü için hazırlık	%12 (1990)	1994 Yeni Altın Planın oluşturulması (10 yıllık Stratejik Plan), 1997 Uzun Süreli Bakım Sigortası Yasasının Yürürlüğe Girmesi
<u>2000’ler</u> Uzun Süreli Bakım Sigorta Sisteminin Tanıtımı	%17,3 (2000)	2000 Uzun Süreli Bakım Sigortası Sisteminin Uygulanması

Kaynak: Japonya Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, Long-Term Care Insurance System of Japan 2016, (Çevrimiçi), https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcisi_e.pdf, Erişim tarihi: 22.07.2020, verilerinden faydalanarak hazırlanmıştır.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Japonya’da yaşlılar ile ilgili çalışmalar 1960’lı yıllarda başlamıştır. Artan yaşlı nüfus oranına bağlı olarak politikaların gelişimi ve üretimi de yıllar içerisinde yenilenerek artmıştır. Ülkenin toplam nüfusu içerisindeki yaşlı nüfus oranının önemli oranlara ulaşması ve 1960 ile 2000 yılları arasında meydana gelen yaşlanma oranlarındaki büyük farklılık politikalar üzerinde etkili olmuştur. UDB için yapılan başlıca çalışmalar ise 90’lı yıllarda gündeme gelmiştir.

UDB düzenlemesi 2000 yılında yürürlüğe girdikten sonra Japonya’da bulunan 3000 civarında yerel yönetim bu bakım türünde sigortacı konumunda yer almışlardır. Daha sonrasında ise bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireyler, sigortacı konumunda bulunan yerel yönetimlere başvurmaları ile ilgili bakım türünden faydalanma imkanına sahip olmuşlardır. Ayrıca uygulamanın işlevselliği açısından hükümet tarafından ulusal standart belgesi uygulaması getirilmiştir. Bu belge UDB uygulayıcıları tarafından sağlanan bilgiler neticesinde yapılan sentezleme çalışması ile geliştirilmiştir.⁸⁵

Japonya’da hükümet tarafından UDB’nin toplum nezdinde kabul görmesi için ‘Aile Bakımından Toplum Bakımına’ şeklinde slogan geliştirilerek uygulamaya daha rahat bir şekilde geçilmesi sağlanmıştır. Toplumun bu slogana karşı reaksiyonları olumlu yönde sonuçlanarak, UDB’nin toplum nezdinde kabul görmesi ve benimsenmesi bir nebze de olsa kolaylaştırılmıştır. Uzun dönemli uygulamalar düzenlenirken tüm Japon toplumunu kapsayıcı nitelikte olmasına özen gösterilmiştir.

UDB’nin finansmanında vergilerden daha çok sigorta primlerinden faydalanılmaya çalışılmıştır. Çünkü vergi uygulaması ekonomik dalgalanmalardan etkilenmekte fakat prim ödemeleri daha istikrarlı olarak kesilmektedir. Uygulamanın işlevselliği açısından primlerden yararlanarak UDB sigortası konusunda da rekabet ortamı oluşturulmaya çalışılmıştır.⁸⁶

⁸⁵ Takako Tsutsui and Naoko Muramatsu, “Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan”, *Journal of the American Geriatrics Society*, V:53, I:3, 2005, p. 522.

⁸⁶ Takako Tsutsui and Naoko Muramatsu, *a.g.m.*, p. 524.

2.4.3. Japonya’da Uzun Dönem Bakım Kapsamında Sunulan Temel Hizmetler

UDB kapsamında sunulan hizmetler içerisinde evde ve kurumda bakım hizmetleri en yaygın kullanılan hizmet türleridir. Japonya’da ise UDB hizmetleri yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak ve verilen hizmet kapasitesinin yetersizliğinden dolayı 1980’lerde ve 90’lı yıllarda değişikliklerle yeniden şekillendirilmiştir. 2000 yılında ise günümüzde uygulanan son şeklini almıştır. UDB kapsamında sunulan hizmetler içerisinde kurumda ve evde bakımın tercih edilmesinde belirli nedenler bulunmaktadır. Bunlar; kadının çalışma hayatına katılımının artması sonucunda evde yaşlı bireye bakacak bir kişinin olmaması, geleneksel toplum yapısına sahip olunmasından dolayı yaşlı bireylere duyulan saygı, evde sunulan bakım hizmetinin yetersiz olması gibi nedenlerdir.

Evde bakım ile kurumda bakım birbiri ile çelişiyor gibi görünse de, aslında birbirini tamamlayan bakım türleridir. Zira evde bakım içerisinde bireyin bakıma duyduğu ihtiyacın artması sonucunda, evde verilen hizmetlerin yetersizliğine bağlı olarak yaşlı bireyin kurumda bakım hizmetinden yararlanması sağlanmaktadır. Çünkü kurumda bakım içerisinde sunulan hizmetler evde bakım hizmetlerinden daha kapsamlı olmaktadır.

2.4.3.1. Japonya’da Evde Bakım

Japonya’da sağlık harcamalarında gerçekleşen artışın neredeyse yarısı yaşlılarla ilgili harcamalarda görülmektedir.⁸⁷ Toplam nüfus içerisindeki yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu ülke olması sebebiyle bu artışın gerçekleşmesi olağan gözükmemektedir. Çünkü nüfusun yaklaşık üçte birinin 65 ve üzeri yaşta olması nedeniyle siyasi, toplumsal ve ekonomik olarak bu grubun göz ardı edilmesi mümkün değildir. Yaşlı bakımı için yapılan harcamalar yalnızca yaşlıları değil toplumun büyük bir kesimini etkilemektedir. Yaşlılar için ise evde bakılmak hem bulunduğu çevreden ayrılmamayı hem de ailesi ile beraber olmayı sağlamaktadır. Fakat yaşlının evde

⁸⁷ OECD, “The Future of Health and Long-Term Care Spending”, **OECD Journal: Economic Study**, 2014, p.65.

bakım sırasında psikolojik olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Zira yaşlı birey kendini aileye yük olarak görmemelidir. Aksi takdirde psikolojik olarak olumsuz etkilenmekte ve zihinsel olarak da desteğe ihtiyaç duymaktadır. Yerel yönetimler tarafından yaşlı insanların evleri ziyaret edilerek hem bakımın gerçekleştirildiği ortam denetlenmekte hem de yaşlı bireylere manevi destek sağlanmaktadır.⁸⁸

Japonya İstatistik Bürosu'nun verilerine göre sağlık sektöründe çalışanlar içerisinde en fazla istihdam edilenler hemşireler ve yardımcı hemşirelik yapanlar olmuştur. Yardımcı hemşireler UDB içerisinde önemli bir yere sahiptir. Evde bakımda bakım hizmeti alan yaşlının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere yardımcı hemşireler evleri ziyaret etmektedirler. 2006 yılında 1,194,121 kişi hemşirelik ve yardımcı hemşirelik pozisyonunda istihdam edilirken, 2016 yılında 1.472.508 kişi istihdam edilmiştir.⁸⁹ Sayının artmasında sağlık sektörüne yapılan yatırımlar etkili olmuştur. Ayrıca yaşlı sayısının da gün geçtikçe artması bu alanda istihdam edilenlerin artışındaki bir başka etken olmaktadır.

UDB sisteminde son şeklini aldığı 2000 yılından beri kullanımında ciddi oranda bir artış meydana gelmiştir. Nitekim 2000 yılında bu sigorta kolundan yararlanan kişi sayısı 2,18 milyona ulaşmıştır. İlerleyen yıllar içerisinde UDB'nin kapsamının genişletilmesinden, artan yaşlı nüfus oranından ve sistem içerisinde erişilebilir hizmet sayısındaki artışlardan dolayı 2013 yılında bu hizmet kolunda yararlanan kişi sayısı 2000 yılına göre %140'lık bir artış göstermiştir. Bu artış sonucunda toplam 5,64 milyon kişi bu sigorta kolundan yararlanmaktadır. Ayrıca kullanıcı sayısına göre en çok artışın yaşandığı kişi sayısı evde bakım hizmeti olmuştur. 2000 yılında yaklaşık 1,5 milyon kullanıcıdan 970 bin kişi evde bakım hizmeti alırken 2013 yılında toplam 4,8 milyon kullanıcı içerisinde 3,56 milyon kişi evde bakım hizmetinden yararlanmıştır.⁹⁰ Görüldüğü üzere evde bakım toplam yararlananlar içinde en yaygın kullanılan bakım türü olmuştur. Evde bakımda sunulan

⁸⁸ Takako Tsutsui ve Naoko Muramatsu, **a.g.m.**, p.524.

⁸⁹ Statistics Bureau of Japan, Statistical Handbook of Japan 2019, (çevrimiçi), <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2019all.pdf#page=1>, Erişim tarihi: 22.07.2020.

⁹⁰ National Institute of Population and Social Security Research, Social Security in Japan 2014, Chapter 5-Welfare for the Elderly, (Çevrimiçi), <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/005.html>, Erişim tarihi:23.07.2020.

hizmetler kurumda bakımda sunulan hizmetlerden görece daha az olmakla beraber bireyin bakım hizmeti alırken kendi evinde olması motivasyon açısından da önemli olmaktadır. Evde bakımın en çok tercih edilen bakım türü olmasının sebeplerini sıralamak gerekirse; bakım hizmeti alan bireyin kendi yakını veya tanıdığı tarafından bakım hizmetinin görülmesi, bireyin sevdiklerinden ayrı kalmadan hayatına devam etmesi ve uzun süre yaşadığı ortamdan kopmadan ihtiyacı olan hizmeti alması şeklinde sıralanabilir.

2.4.3.2. Japonya’da Kurumda Bakım

Kurumda bakım, bireylerin çalışma hayatına katılımının artması, ailede yaşlı bireyin bakımını yerine getirecek birisinin olmaması, evde sunulan hizmetlerin yetersiz olması gibi sebeplerden dolayı tercih edilen bir bakım türüdür. İlgili bakım türünde hemşirelik hizmeti, sağlık hizmeti, sosyal imkanlar ve günlük yaşam aktiviteleri profesyonel bakıcılar tarafından yerine getirilmektedir. Evde bakıma göre kurumda sunulan bakım hizmetlerinde daha modern yöntemler kullanılmaktadır. Aile fertleri her ne kadar bakım yapacakları hizmetler için kısa eğitimler ve bilgilendirmeler alsalar da bakım işini profesyonel bir meslek şeklinde icra eden kişilerden daha az tecrübe ve bilgiye sahip olmaktadır.

Kurumda bakım hizmetinin tarihsel gelişimine bakıldığında, bu hizmetin 1989 yılında yapılan seçimleri kaybeden Liberal Demokrat Parti tarafından ‘Altın Plan’ kapsamında düzenlenmiş bir hizmet olduğu görülmektedir. Liberal Demokrat Parti seçimleri kaybetmiş ve koalisyon hükümeti kurulmuştur. Liberal Demokrat Parti bir dahaki seçimde tek başına iktidar olmak amacıyla yaşlı nüfusa yönelik politikalarına daha fazla önem vermiştir. Bunun sonucunda artan yaşlı nüfusa sunulan bakım hizmetlerinde iyileştirmeler yapmak istemiştir. Kapasite ve çalışan yetersizliği için artırıma gidilerek 90 milyar dolarlık bir bütçe ile bu plan desteklenmiştir. Yetişkin bakım merkezi, yatak ve evde bakıma destek olacak çalışan sayısı sırasıyla on, iki ve üç kat artırılarak kayda değer oranlarda artışlar gerçekleştirilmiştir. Fakat 90 milyar dolarlık bütçe halka vergi artırımını şeklinde yansıtıldığı için bir süre sonra halk nezdinde rahatsızlıklar meydana gelmiş ve 1994 yılında ‘Yeni Altın Plan’ ile hükümet

UDB fonunun temelini çalışanlardan ve emeklilerden kesilecek prim ödemeleri olarak düzenlemiştir.⁹¹

UDB kapsamında, çalışanlardan yapılacak kesintiler ile emeklilerden yapılan kesintiler arasında farklılıklar mevcuttur. Çalışan bireylerin gelirlerinde aylık %0,9 oranında bir kesinti yapılırken, emeklilerde gelire bakılmaksızın 23 dolar kesinti yapılmaktadır.⁹² Çalışanlardan yüzdelik olarak pay kesilmesi sonucunda emekliler ile aralarında ufak da olsa bir fark oluşturulmuştur.



⁹¹ Naoki Ikegami vd., “The Long Term Care Insurance Law in Japan: Impact on Institutional Care Facilities”, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, V:18, I:3, 2003, p.218.

⁹² Naoki Ikegami vd., p.220.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE YAŞLI NÜFUS VE UZUN DÖNEM BAKIM İHTİYACI

3.1. Türkiye’nin Nüfus Yapısı

Türkiye nüfus yapısı bakımından genç bir ülke konumundadır. Son dönemlerde nüfus artış hızında azalmalar meydana gelse de nüfusu artmaya devam etmektedir. Türkiye’de uygulanan nüfus politikalarına bakıldığında üç dönem göze çarpmaktadır. Birincisi; 1923-1955 yılları arasında nüfus artırıcı politikalar uygulanmıştır. On yıllık bir savaş döneminden sonra ülke nüfusunda 2-3 milyonluk azalma görülmektedir. 1913 yılında ülke sınırları içerisinde 15 milyonluk bir nüfus varken 1927 yılına gelindiğinde savaş sonrası oluşturulan sınırlar içerisindeki nüfus 13 milyona kadar düşmüştür.

Nüfus artırıcı politikalar döneminde ülkede çeşitli problemler de mevcuttur. Ekonomik alanda bir çöküşün yaşandığı savaş sonrası dönemde nüfus, kalkınma için önemli bir etken olmuştur. Nüfus içerisinde bulunan yetişkinlerin çeşitli sağlık sorunları ve salgın hastalıklardan dolayı yaşam sürelerinde kısaltmalar meydana gelmiştir. Bu dönemde bebek doğum oranlarında artış olmakla birlikte yüksek bebek ölüm oranları nedeniyle hedeflenen nüfus büyümesi gerçekleşmemiştir. Bundan dolayı nüfus artışında ilerleme sağlamak için sağlık politikalarında iyileştirmelere gidilmiştir.⁹³

⁹³ Erdal Aksoy, “1919-1955 Yılları Arasında Türkiye’nin Nüfus Yapısı ve Uygulanan Nüfus Politikaları”, *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, S:24, 2016, s.s.30-31.

Grafik. 3.1. Türkiye'nin Toplam Nüfusunun ve Nüfus Artış Hızının Yıllara Göre Değişimi

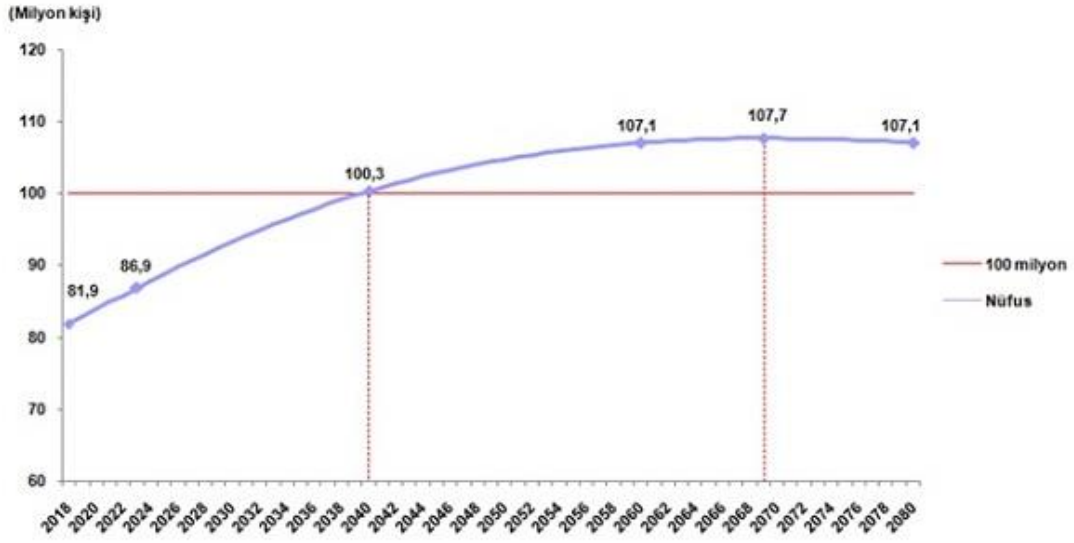


Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020.

Türkiye'nin toplam nüfus miktarının yıllara göre değişimine bakıldığında 2007-2020 yılları arasında sürekli artış eğiliminde olduğu görülmektedir. 13 yıllık bir periyodu gösteren Grafik 3.1'de nüfus miktarı 13 milyon olarak artış göstermiştir. Bu artışın sebepleri arasından doğum oranları ve göçmen nüfus etkili olmuştur. Ülkenin nüfus artış hızına bakıldığında ise son yıllarda düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir. Ülke nüfusu azalarak artmaya devam etmektedir.

İlerleyen süreçte bebek ölüm oranlarının azalması, sağlık koşullarının iyileştirilmesinden dolayı yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak nüfus yapısında değişiklikler meydana gelmiştir. Nüfus içerisinde genç nüfus oranının artış göstermesiyle beraber nüfus artırıcı politikalarda olumlu gelişmelerin meydana geldiği söylenebilir. Yürütülen politikalar sonucunda ülke nüfusunda ciddi oranda artışlar meydana gelmiştir. Günümüzde 80 milyonu geçen nüfus miktarının ilerleyen zamanlarda daha da artması beklenmektedir. Aşağıdaki Grafik 3.2.'de Türkiye'nin 2018-2080 yılları arası dönem için nüfus artışı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus projeksiyonları verilerinden yararlanarak hazırlanmıştır.

Grafik 3.2. Türkiye Nüfusu Projeksiyonları 2018-2080



Kaynak: TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2018.

Günümüzde Türkiye'nin nüfus piramidine bakıldığında gelişmekte olan ülkelerin nüfus piramidine benzerlik gösterdiği görülmektedir. Doğum oranlarında azalma meydana gelmekle birlikte nüfusta artış meydana gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarına bakıldığında Grafik 3.2.'de ülke nüfusunun sürekli arttığı görülmektedir. Artış oranlarında azalma meydana gelmiş olsa bile 2070 yılına kadar ülke nüfusunun artacağı grafikten anlaşılmaktadır. Nüfusta yaşanan değişimin pek çok sebebi olmakla beraber, doğum oranlarında yaşanan azalma sonucunda nüfus piramidinin tabanı daralmaktadır ve bundan genç nüfus oranı olumsuz etkilenmektedir. Genç nüfus oranında azalma meydana gelmesi sonucunda ülkenin nüfus artış hızında da düşmeler meydana gelmiştir. 2070 yılında ise doğum oranları durma noktasına gelerek ülke nüfusu bu tarihten sonra azalma eğilimi göstermektedir. Ülke nüfusunun tavan noktasının 2070 yılında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

Türkiye için ortalanca yaşa bakıldığında ise 2020 yılı için 32,6 olduğu TÜİK verilerinde görülmektedir.⁹⁴ Nüfus projeksiyonlarında ülke nüfusunun ortalanca yaşının 2080 yılında 45 olması beklenmektedir. Ortanca yaşın artış göstermesi ülke nüfusunun yaşlanması anlamına gelmektedir. Aşağıda nüfus projeksiyonlarına bakıldığında yaşlı

⁹⁴ TÜİK, Nüfus Projeksiyonları 2018-2080, (Çevrimiçi), <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, Erişim tarihi: 12.08.2020.

nüfus oranının 2040 yılında %16,2, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında ise %25,6 seviyesine yükselmesi beklenmektedir. Günümüzde Türkiye’de yaşlı nüfusun %9,1 olduğu düşünüldüğünde 60 yıllık bir süreçte yaşlı nüfus oranının neredeyse üç katına çıkacağı tahmin edilmektedir. Kısacası, Türkiye’de nüfus giderek yaşlanma eğilimindedir.

Tablo 3.1. Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Dağılımı 2018-2080

Yıl	Toplam	0-14	15-64	65+	Oran (%)		
					0-14	15-64	65+
2018	81 867 223	19 203 792	55 500 077	7 163 354	23,5	67,8	8,7
2023	86 907 367	19 601 384	58 438 033	8 867 951	22,6	67,2	10,2
2040	100 331 233	19 333 893	64 623 369	16 373 971	19,3	64,4	16,3
2060	107 095 998	18 126 086	64 727 126	24 242 787	16,9	60,4	22,6
2080	107 100 904	16 813 783	62 873 761	27 413 359	15,7	58,7	25,6

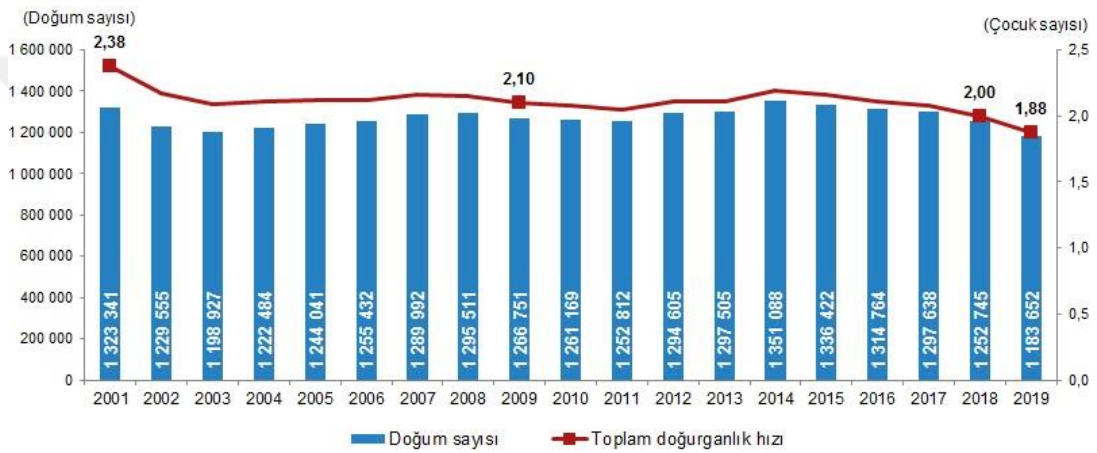
Kaynak: TÜİK, Nüfus Projeksiyonları, 2018

Tablo 3.1’de Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Dağılımı 2018-2080 verilerine bakıldığında, ülke nüfusunun 100 milyonu geçeceği tahmin edilmektedir. Nüfus yapısında da değişmelerin meydana geleceği öngörülmektedir. Genç nüfus oranı azalırken yaşlı nüfus oranında ciddi artışlar meydana gelmesi tahmin edilmektedir. Genç nüfusun dışarıya göç ettiği yerlerde de yaşlı nüfusun fazla olması beklenirken, böyle bir durumda yaşlı nüfus oranında ülke çapında ciddi oranda artışlar meydana gelmemektedir.

Toplam nüfusun azalarak artması, doğum oranlarında gerçekleşen azalma ile ilişkilendirilebilir. Doğum oranlarında azalma meydana gelmesi ise nüfus artış hızını etkileyen faktörler arasındadır. İş hayatına katılım ile doğurganlık oranları arasında ters yönlü bir ilişki meydana gelmektedir. Hizmet sektöründe istihdamın fazla olması ve böylece kadınların da iş hayatında daha aktif bir şekilde yer almalarını sağlamaktadır. Bunun sonucunda kadınların çalışması ile doğurganlık oranlarında azalış meydana gelmesi söz konusudur. Çünkü çocuk sahibi olmak kadınların iş yaşamındaki ilerlemelerini ve gelişimlerini sekteye uğratmakla birlikte çalışma hayatından belirli bir müddet kopuşu da beraberinde getirmektedir. Daha sonrasında çocuğun ihtiyaçlarını karşılamak anne baba üzerinde bir sorumluluk meydana getirdiği

için anne ve babanın çalışması sorumlulukların artması anlamına geldiğinden, çalışma hayatında aktif olarak bulunan kadınların doğurganlık oranlarında düşme meydana gelmektedir. Çalışma hayatında aktif bir şekilde yer alan kadının, doğum sonrası çocuğun gelişimi ve büyümesi ile ilgilenmek ve iş hayatı arasında sıkıştığı göz önünde bulundurulduğunda, iş yaşamında kariyer hedeflerine sahip olanların çocuk sahibi olmak yerine çalıştıkları işte yükselmek istemeleri, doğum oranlarındaki azalmanın önemli nedenlerinden birisini oluşturmaktadır. Doğum oranlarında azalma meydana gelmesi ise genç nüfus oranında da azalmanın meydana gelmesine yol açmaktadır.

Grafik 3.3. Türkiye’de Doğum Sayısı ve Doğurganlık Hızı 2001-2019



Kaynak: TÜİK, Haber Bülteni, Mayıs 2020.

Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere Türkiye’de 2001 yılından günümüze kadar toplam doğurganlık hızında ve doğum sayısında azalmalar meydana gelmiştir. 20 yıllık bir sürede istatistiksel olarak azalmaların gerçekleştiği görülmekle beraber bunun sebepleri; kadının aktif çalışma hayatına katılımının artması, kariyer planlarının ön plana çıkması, aile planlamasının artması, kadınlar için çocuk sahibi olmanın iş hayatından uzaklaşmaya sebep olması vs. olarak sıralanabilir. TÜİK verilerine göre 2001 yılında Türkiye’de doğum yapan annelerin ortalama yaşı 26,7 iken 2019 yılında ortalama yaşı 29’a yükseldiği görülmektedir. Aile planlaması sonucunda bebek doğum oranlarında azalma meydana gelmiştir. Bunun sonucunda aile yapısı değişikliğe uğramış ve çekirdek aile yapısı tercih edilmiştir. Yine TÜİK verilerine göre kadınlar için evlenme yaşının 2001 yılında 22,7 iken 2019 yılında 25’e yükseldiği

görülmektedir. Doğurganlık yaşının artması ve toplam doğurganlık hızında azalma meydana gelmesinde evlenme yaşının yükselmesi de etkili olmaktadır. Okur-yazar oranlarında meydana gelen artışın sonucunda kadınlar arasında da bu oranın yükseldiği görülmektedir. Lisans ve ön lisans düzeyinde tahsil yapmış kadınlarda evlenmeden önce iş sahibi olma fikrinin yaygın olması sebebiyle evlenme ikinci veya üçüncü planda yer almaktadır. Evlenme yaşının ilerlemesi de doğurganlık oranını olumsuz etkilemektedir. Bu durumda iyileşen sağlık koşulları ve uzayan yaşam süresiyle birlikte genç nüfustaki azalma sonucunda yaşlı nüfus oranının genel nüfus içerisindeki payında artış meydana gelmektedir. Türkiye’de de hem istatistikler hem de projeksiyonlar; yaşlı nüfusunun sürekli olarak arttığını ve ilerleyen zamanlarda da artacağını göstermektedir.

3.2. Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar

Sosyal politika dar ve geniş anlamda olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Dar anlamda sosyal politika, işçi sınıfının ve bu sınıfa ait bireylerin temel problemlerine yönelik sınırlı amaçlı bir politika olarak ortaya çıkmıştır. İlk kez Almanya’da kullanılan bir kavramdır ve amacı sanayileşme ve kentleşme ile ortaya çıkan iş kazası, hastalık, işsizlik, yaşlılık gibi problemlere karşı işçi sınıfını korumak ve çeşitli önlemler almak olmuştur. Yeni kentleşme ile ortaya çıkan alt yapı sorunları da bu kapsamda değerlendirilmektedir. Daha sonraları şehirlere yaşanan göçler ile kentleşme oranı da artmıştır. Sanayileşme oranlarında meydana gelen artışla birlikte kent yapıları da hızla değişme göstermiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde ise artık sadece dar anlamda değil geniş anlamda sosyal politika uygulamalarının da hayata geçtiği görülmektedir. Geniş anlamda sosyal politika ise, temelde sosyo-ekonomik hak ve özgürlükler temelinde herkes için uygulanan politikalar olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakları ve birey kavramlarının gelişmesiyle birlikte sosyal politika anlayışının da hukuki olarak temellendirildiği görülmektedir.⁹⁵ Genellikle sosyal politika piyasa mekanizmasında

⁹⁵ Meryem Koray, **a.g.e.**, s.37.

meydana gelen aksaklıkların giderilmesi ve toplumdaki güçsüz ve dezavantajlı kesimi koruyucu politikalar bütünü olarak tanımlanmaktadır.⁹⁶

Sosyal politika 5 aktör tarafından yürütülmektedir. Bunlar; merkezi yönetim, yerel yönetimler, aile, sivil toplum ve özel sektördür. Toplumun temelinde aile olduğu gibi sosyal politikanın temelinde de aile vardır. Aile tarafından sunulan imkanların yetersiz olması durumunda diğer bir başat aktör olan merkezi yönetim devreye girmektedir. Sosyal politika sağlayıcılara bakılacak olursa yürütülen politikalar merkezi yönetim tarafından organize edilmiştir ve uygulama alanı diğer aktörler devreye sokularak genişletilmektedir. Türkiye özeline bakıldığında ise sosyal politikanın devlet tarafından organize edildiği ve yerel yönetimler ile sivil toplum kuruluşlarının desteği ile yürütüldüğü görülmektedir.

Türkiye’de ise sosyal politikalar ağırlıklı olarak devlet eliyle uygulanmaya devam etmektedir. Merkezi yönetimin taşradaki birimleri ve yerel yönetimler tarafından sosyal politikalar uygulanmaktadır. Osmanlı geleneğinden gelme vakıflar da sosyal politikaların uygulanması anlamında önemli işlevlere sahiptirler. Vakıfların genellikle ayni ve nakdi yardımlar konusunda faaliyetleri mevcuttur. Fakat ekonomik ve sosyal anlamda hala başat aktör devlet olmaktadır.⁹⁷ Devletin yürütmekte öncü olduğu politikalar içerisinde yaşlı politikaları da bir önemli bir yere sahiptir. Yaşlılık insan ömrünün kaçınılmaz bir evresi olduğu için sağlık koşullarındaki iyileşme ve yaşam şartlarının olgunlaşması ile insan ömrü de uzamaktadır. Yaşlılara sunulan hizmetlerin kapsamı ve niteliği genişledikçe, artan yaşlı nüfusa yeterlilik oranı da bu kapsamda denkleşmektedir. Sunulan hizmetlerin ortaya çıkışı o hizmete ihtiyaç duyanların sayısı ile doğru orantılı olduğu için yaşlı nüfusun artması ile sunulan hizmetlerin kapsamı da genişlemektedir.

Türkiye’de doğrudan yaşlılara yönelik yapılan kurumsal hizmetler ilk defa 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulması ile devlet nezdinde resmiyet kazanmıştır. Daha sonra Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda yaşlılar ile ilgili Sosyal Güvenlik başlığı altında 61. maddede ‘yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara

⁹⁶ Aziz Çelik, **Avrupa Birliği Sosyal Politikası ve Türkiye**, Kitap Yayınevi, 2014, s.20.

⁹⁷ Meryem Koray, **a.g.e.**, s.141.

devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir' ifadesi yer almıştır.

Türkiye'de sosyal politikaların daha kapsamlı ve ivedi bir şekilde yürütülmesi ve ailenin korunması adına 2011 yılında 633 Nolu kanun hükmünde kararname ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuştur. 2021 yılında yayınlanan cumhurbaşkanı kararnamesi ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) ismini almıştır. Aile ve toplumun dezavantajlı kesimleri ile alakalı olarak ilk defa bu isimde bir bakanlık kurulmuş olup, yaşlılar ile ilgili politikalar bu bakanlık bünyesinde oluşturulan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

Yaşlılara yönelik hizmetler sosyal güvenlik hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Sosyal güvenlik hizmetleri, sosyal güvenlik kurumu (SGK) kapsamında çalışmış çalışanlara sunulan hizmetler olmaktadır. Bu kapsam dışında kalanlar ise 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Engelli ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ile korunma altına alınmaya çalışılmıştır. İlgili kanun kapsamında kimlerin başvuru yapacağı bakanlık tarafından çıkarılan yönetmelik ile düzenlenmiştir. Sosyal hizmetler ise, ekonomik durumu kendine bakacak seviye olmayan bireyler için Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) tarafından yürütülen faaliyetleri kapsamaktadır. Türkiye'de yaşlılara sunulan hizmetler; huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, gündüz bakım hizmetleri, aktif yaşam merkezleri, evde bakım hizmetleri olarak faaliyet göstermektedir.

3.2.1. Huzurevleri

Yaşlanma ile ortaya çıkan problemler sadece fiziksel yaşla ilgili olmamaktadır. Ailenin ekonomik yapısı, kadının çalışma hayatına girmesi, gençlerin yaşlılara olan bakış açısının değişmesi, kent nüfusunun artması ile apartmanda ve dar konutlarda yaşam nedeniyle yaşlılara uygun mekanların kıtlığı gibi sebepler yaşlıların bakım imkanlarının ev ortamında azalmasına neden olmaktadır. Bu durumda yaşlıların bakım ihtiyaçlarının karşılanması için uygun ortamlar oluşturulmaktadır. Kamu ve özel sektör iş birliği ile huzurevleri, yaşlı bakımının ev dışında sağlanmasında önemli bir işleve sahiptir. Türkiye'de yaşlı bakım konusunda huzurevleri hem ekonomik durumu

olanlara ücretli olarak hem de ekonomik durumları zayıf olanlara ücretsiz olmak üzere hizmet vermektedir.⁹⁸

Ülke genelinde huzurevleri sayısında yıllara göre ciddi artışlar meydana gelmiştir. Yaklaşık yirmi yıllık bir sürede 63 olan huzurevi sayısının iki buçuk kat artarak 156'ya ulaştığı görülmektedir. Sayısal olarak artmasıyla beraber kapasite artışı da meydana gelmiştir ve artan yaşlı nüfus ile doğru orantılı şekilde yükseldiği görülmektedir. Yaşlı nüfusun ve şehirleşme oranının artması ile kırsalda yaşayan yaşlı nüfusun şehir ortamında yaşam alanının daralması ile aile yanında bakım imkanlarının azalması ile huzurevlerine ihtiyaç artmış ve talep doğrultusunda huzurevi sayısında artış meydana gelmiştir. Türkiye’de yaşlı nüfus oranı 2000 yılında 6,2 iken 2019 yılında 9,1’e yükseldiği görülmektedir.⁹⁹ Tablo 3.2.’de de görüldüğü üzere huzurevlerinin kapasitesi ve yararlanan yaşlı sayısı her geçen yıl artmaktadır. Ayrıca bakanlığa bağlı olmayan ama kamu kuruluşları tarafından işletilen, özel işletmeler tarafından idare edilen huzurevleri de mevcuttur. ASHB Kasım 2020 verilerine göre toplam 439 adet huzurevi bulunmaktadır ve toplam kapasiteleri 27.571 kişidir. Özel huzurevleri, kamu kesimine ait huzurevlerine göre sayıca fazla olmakla birlikte kapasite açısından neredeyse bir eşitlik söz konusudur.

⁹⁸ Gülnihal Tuncel ve Hasan Uzun, “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar Üzerine Bir İnceleme”, **Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C:3, S:2, 2019, s.s.323-324.

⁹⁹ Engelli Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020), (Çevrimiçi), <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 16.01.2021.

Tablo 3.2. Türkiye’de ASH Bakanlığı’na Bağlı Huzurevi Sayısı

Yıllar	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
2020 (Ekim)	156	15.872	13.970
2019	153	15.385	13.888
2018	146	14.967	13.883
2017	144	14.793	13.692
2016	141	14.412	13.248
2015	132	13.488	12.299
2014	124	12.647	11.688
2013	115	12.241	11.293
2012	106	11.706	10.951
2011	102	9.783	10.590
2010	97	9.260	7.979
2009	81	8.126	7.220
2008	79	8.002	6.773
2007	70	7.552	6.477
2006	69	7.605	6.082
2005	66	7.173	5.603
2004	62	6.760	5.389
2003	63	6.580	5.188
2002	63	6.477	4.952

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İstatistik Bülteni Kasım 2020.

Huzurevlerinde kalan yaşlıların ailelerinden uzak kalmaları, yalnız yaşama korkusu, huzurevi ortamından memnuniyetlerinin az olması gibi nedenler ise yaşlılığın psikolojik boyutuyla alakalıdır. Huzurevinde kalan yaşlılar kendilerinin toplumdan soyutlanmış hissetmektedirler. Yalnızlık ve tükenmişlik hissi bu ortamda daha çok yaşanmaktadır. Yapılan araştırmalarda huzurevinde yaşayan yaşlılarda strese bağlı şikayetlerin sayısının normale göre daha fazla olduğu görülmektedir.¹⁰⁰ Yaşlılar huzurevlerinde yalnızlıklarını daha fazla hissetmektedirler. Her ne kadar huzurevleri yaşlı bakımında önemli bir role sahip olsa da yaşlı bireyin psikolojik açıdan sıkıntıları da bu ortamda meydana gelmektedir. Bu yüzden yaşlılara huzurevlerinde rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. Sadece huzurevlerinde değil yaşlı bakımı gerçekleşen her ortamda bu hizmetin gerçekleşmesi gerekmektedir. Japonya,

¹⁰⁰ Melek Ardahan, “Yaşlılık ve Huzurevi”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, C:20, S:20, 2010, s.29.

Hollanda, ABD gibi ülkelerde yaşlıların yanında ailelere de rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği görülmektedir.

3.2.2. Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

Yaşlılar için sunulan hizmetler içerisinde yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile huzurevleri arasında benzerlik bulunmaktadır. İkisinden de yararlanmak için gereken şartlar büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Bunlar:

- 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
- Ruh sağlığı yerinde olmak,
- Bulaşıcı hastalığı olmamak,
- Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
- Sosyal ve/veya ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile saptanmış olmak.

Yaşlı yaşam merkezleri, bedensel veya zihinsel olarak gerilemeleri mevcut olan yaşlılara süreli ya da sürekli olarak rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır. Genel olarak yaşlı bireylere barınma ve sağlık imkanları sunulmakla birlikte ayrıca psikolojik olarak destekler de sağlanmaktadır. Sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi ve böylece toplumdan kopuşun önlenmesi ile yalnızlaşmanın önüne geçilmesi, boş zamanlarının değerlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesi ve sosyal faaliyetler gibi hizmetler, yaşlı yaşam ve rehabilitasyon merkezlerinde sunulmaktadır.¹⁰¹ Ekonomik durumu zayıf olan yaşlı bireyler, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden indirimli veya ücretsiz olarak faydalanabilmektedirler. Ayrıca 1968 yılında yürürlüğü girmiş 1005 sayılı ‘İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinde Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun’ gereği İstiklal Madalyası verilmiş olan yaşlılar bu hizmetten ücretsiz faydalanmaktadır.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kalan bireyler için belirli bir ücret tahsisi gerçekleştirilmektedir. Ücretler, sunulan hizmetin kapsamına, odada kalan kişi

¹⁰¹ Cihan Selek Öz ve Sinan Balta, “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Güncel Sosyal Politikaların Analizi”, **Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi**, C:22, S:1, 2020, s.86.

sayısına ve oda tipine göre değişmektedir. Yaşlı bireyin ekonomik durumu göz önünde bulundurularak hazırlanmış bir ücret tablosu her yıl ilgili bakanlık tarafından güncellenmektedir. Kamu kesimine ait huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde kâr amacı güdülmemektedir. Zira ASHB tarafından hazırlanmış olan ‘Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu’ isimli raporda 2016 yılı için huzurevi ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde bir yaşlının aylık ortalama maliyeti 3.804 TL olarak belirtilmiştir. Ayrıca bu maliyetin huzurevlerinde daha düşük, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde daha yüksek olduğu raporda gösterilmektedir. Kamuya ait bu kuruluşlarda yukarıda belirtilen aylık masrafın tamamı yaşlı birey tarafından karşılanmamaktadır.¹⁰² Tablo 3.3.’de görüldüğü üzere bakanlık tarafından belirlenen ücret tablosunda aylık ortalama masrafın cüzi miktarı yaşlı birey tarafından karşılanmaktadır.

¹⁰² Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu”, (Çevrimiçi), <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>, Erişim tarihi: 22.01.2021.

Tablo 3.3. ASHB Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Ücret Tablosu(Aylık)

ODA TİPİ		ÜCRET (TL)	
		ASGARİ	AZAMİ
Suit	Tek kişilik	499,50	690,00
Suit	İki kişilik	358,00	454,00
A sınıfı	Tek kişilik	343,50	528,00
A sınıfı	İki kişilik	225,00	352,50
B sınıfı	3 ve + kişilik	192,00	295,00
C sınıfı	Tek kişilik	280,00	319,50
C sınıfı	İki kişilik	211,50	273,00
D sınıfı	3 ve + kişilik	207,00	262,00
E sınıfı	3 ve + kişilik	204,00	244,50
Özel bakım bölümü	Bölümü	466,00	538,50

Kaynak: ASHB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016.

Tablo 3.4'te görüldüğü üzere yaşlı bireye sunulan hizmetin değişkenliği ücret tarifesindeki farklılaşmadan anlaşılmaktadır. Yaşlı bireyler, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kendi ihtiyaçlarını karşılamak için özel yardımcı da tutabilmektedirler. Özel bakım merkezlerinin içeriği daha kapsamlı olmakla beraber ücret tarifesinde farklılıklar meydana gelmektedir. Ücretler enflasyon endeksli olduğu için her yıl değişiklik göstermektedir. 2021 yılı için özel huzurevleri ile huzurevi yaşlı bakım merkezlerinde aylık 1500-20.000 TL arasından taban ve tavan fiyat uygulaması belirlenmiştir.¹⁰³ Özel bakım merkezleri ile kamu kesimine ait huzurevi ve bakım merkezleri arasında tabanda ücret farkları olmasa bile tavanda yani verilen hizmetin genişlemesi ile ciddi oranda bir ücret farkı oluşmaktadır. Ekonomik durumu müsait

¹⁰³ ASHB İstanbul İl Müdürlüğü, Huzurevi Bakım Ücretleri, (Çevrimiçi), <https://ailevecalisma.gov.tr/istanbul/duyurular/ozel-huzurevleri-ozel-yasli-hizmet-merkezleri-ile-huzurevi-ve-yasli-bakim-merkezleri-2021-ucretleri/>, Erişim tarihi: 24.01.2021.

olanlar için özel bakım merkezleri mevcut iken, ekonomik durumu zayıf olanlar için kamuya ait bakım merkezleri mevcuttur ve uygulamada kapsayıcılık belirlenmiştir.

3.2.3. Gündüz Bakım Hizmetleri

Yaşlı bireylerin kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılayacak seviyede olmaları durumunda yatılı bakım merkezlerine ihtiyaç duyulmamaktadır. Kendi evlerinde kalan bireylerle ilgilenmek hem ekonomik açıdan hem de bireyin kendi psiko-sosyal yapısı için avantajlı olmaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler bakanlık ile koordineli olarak gündüzlü bakım merkezleri açılması konusunda iş birliği yapmaktadırlar.

Gündüzlü bakım merkezlerinde, yaşamını evde ailesiyle birlikte geçiren Alzheimer, demans vb. hastalığa sahip olan yaşlı bireylerin hayat standartlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal aktiviteler ile toplumsal hayattan kopuşu önlemek, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere faaliyetler yürütülmektedir. Yaşlı bireyin ihtiyaçları çerçevesinde sunulan hizmetler de çeşitlilik göstermektedir. Ayrıca yaşlının yanında bulunan aileye de gerekli görüldüğü takdirde destekler sunulmaktadır. Gündüzlü bakım merkezlerinde yaşlı bireylerin hem bireysel hem de toplumsal ihtiyaçlarına yönelik faaliyetler yürütülmektedir. Yürütülen faaliyetler şunlardır:

- Yaşlı bireyin fiziksel olarak yetkinliğinin devam ettirilmesi,
- Fizik tedavi,
- Sosyal etkinlikler (yemek yapma, oyun, gezi vb.)
- Sağlık kontrolleri,
- Aile ile oryantasyon.

Yaşlı bireyler ile sadece gündüz bakım merkezinde değil, kendi ailesi ile iletişim kurularak da ilgilenilmektedir. Gündüz bakım hizmetleri, aktif yaşam merkezleri ve yaşlı destek programı (YADES) olmak üzere ASHB tarafından iki şekilde sağlanmaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler de bu hizmetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunda ilgili bakanlık ile çalışmaktadırlar.

3.2.3.1. Aktif Yaşam Merkezleri

Aktif yaşam merkezleri, 2848 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nda değişiklik yapılması sonucunda uygulamaya konulmuştur. Yaşlı bireylerin sosyal hayata katılımlarının artması ve yaşam şartlarının yükseltilmesi amacıyla ASHB'ye bağlı olarak çalışan aktif yaşam merkezleri, yaşlı bireyler ve ailelerine rehberlik ve destek hizmeti sunan kuruluşlardır.¹⁰⁴ Genellikle destek hizmetleri vermektedirler. Zira yaşlılıkta en önemli gereksinimlerden birisi sosyal ve psikolojik olarak destek almaktır. Yaşlanma ile insanlar günlük hayatlarından daha genç yaştaki hallerine göre daha az haz almaya başlarlar. Çünkü fiziksel olarak, kasların yıpranması ve zayıflaması ile hareket kabiliyeti azalmaktadır ve bunun sonucunda hareket kabiliyeti azalan birey, gayri ihtiyari olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakla yetinecektir. İşte bu durumda olan yaşlı bireye başka insanlarla konuşma, aktivite yapma, mental destek sağlama gibi faaliyetleri organize eden aktif yaşam merkezlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu merkezlerde yaşlı bireyin hayata tutunması için etkinlikler düzenlenmektedir.

Türkiye'de aktif yaşam merkezleri ülke geneline yayılmış durumda değildir. Pilot uygulamalar ile başlayan ve başarılı olması sonucunda bölgesel olarak açılmaya devam eden bu merkezlerden ailesi ile ikamet eden ve 60 ve üzeri yaşta olan ülke vatandaşları faydalanmaktadır. Aktif yaşam merkezleri, yaşlılar için rehabilite hizmetleri vermekle beraber bireyin toplumsal hayat ile olan bağının devam etmesi için faaliyet göstermektedir. Aynı zamanda kişi ile ailesi arasında oluşabilecek kopuklukların önüne geçmek için hem yaşlıya hem de ailesine rehberlik hizmetleri sunulmaktadır.

3.2.3.2. Yaşlı Destek Programı (YADES)

Türkiye'de yaşlı bakımı sadece merkezi hükümetin uygulamalarıyla sınırlı olmamakla beraber yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının faaliyetleri de bakım ihtiyacının karşılanması için önemli bir yere sahiptir. Yerel yönetimler

¹⁰⁴ Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, "Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi-III", 2020, (Çevrimiçi), <https://ailevecalisma.gov.tr/media/45960/yasli-lar-icin-bilgilendirme-rehberi-3.pdf>, Erişim tarihi: 31.01.2021.

genellikle büyükşehir belediyeleri olmakla beraber yaşlı nüfusun fazlaca olduğu yerlerdeki yerel yönetimlerin de faaliyetleri mevcuttur. Yaşlı Destek Programı (YADES) ile büyük pay merkezi hükümete ait olmak üzere yerel yönetimlerin kendi bütçelerini de kullandıkları yaşlılar ile ilgili projelere destek amaçlanmaktadır. Bu program, Türkiye’de yaşayan 65 yaş üstü bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak ve hayat standartlarını artırmak için yerel yönetimler tarafından evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetlerini desteklemek amacıyla uygulanmaktadır.¹⁰⁵

Tablo 3.4. YADES Kapsamının Yıllara Göre Gelişmesi

YADES	Kapsamındaki İl Sayısı	Proje Maliyeti
2016	5	4.125.000 TL
2017	25	11.465.000 TL
2018	30	17.650.000 TL

Kaynak: ASHB, YADES 2016-2018.

ASHB tarafından yürütülen YADES, ülke genelinde 13 ilde uygulanmaktadır. Bu program kapsamında sunulan hizmetlerden 65 yaş üstü bireyler yaşadıkları yerdeki yerel yönetim birimlerine müracaat ederek yararlanmaktadırlar. Program, ülke genelinde yaygın olmamakla beraber Türkiye’de 30 büyükşehir illerinde uygulanması hedeflenmektedir. Ayrıca yıllara göre proje maliyetlerine bakıldığında, başlangıç ile ilerleyen iki yıl arasında ciddi farklar mevcuttur. Projenin uygulanma alanı genişledikçe ayrılan bütçenin arttırıldığı görülmektedir. Fakat uygulama alanının ülke geneline yayıldığı söylenemez. Proje kapsamının sadece büyükşehir belediyeleri ile sınırlı olduğu görülmektedir. Projenin amacının gündüzlü bakım programlarını desteklemek olduğu göz önüne alındığında ülke geneline yayılmamış olması ve sadece belirli bölgelerde yaşayan yaşlı bireylere sunulması, programın uygulanma aşamasında kapsayıcılığını azaltmaktadır. Projenin sadece nüfus yoğunluğunun ve miktarının fazla olduğu illerde yürütüldüğü düşünüldüğünde diğer bölgelerde bulunan yaşlı bireylerin bu projelerin kapsamına dahil edilmediği görülmektedir.

¹⁰⁵ Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, **a.g.e.**, s.26.

3.2.4. Evde Bakım

Yaşlı bakım hizmetlerinde yatılı hizmet veren kuruluşların yanında evde bakım hizmeti veren yerel yönetimler mevcuttur. Yerel yönetimlerin sunduğu hizmetler gündüz bakım hizmetleriyle benzerlik göstermektedir. Evde bakım hizmetlerinde amaç; yaşlının yaşamakta olduğu ev ortamını huzurlu hale getirmek, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve sosyal ilişkilerden mahrum kalmalarını önlemekle beraber toplumsal hayattan kopmamalarını sağlamak olarak sıralanabilir.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerini genel olarak yerel yönetimler üstlenmiş durumdadır. Bir bölgede yaşayan insanların ihtiyaçlarını karşılamada en etkili kurumun ilgili bölgede hizmet veren yerel yönetim birimi olacağı düşünüldüğünde, bu hizmeti belediyelerin vermesi de isabetli görünmektedir. Zira bölgesel anlamda düşünüldüğünde yerel yönetimlerin evde bakım hizmetlerini yürütmesi, o bölgede yaşayan yaşlı bireylere ulaşmada ivedilikle hareket edilmesi ve hizmetlerin aksatılmaması yani sürekliliği açısından faydalı olmaktadır.

Evde bakım hizmeti, akıl ve ruh sağlığı yerinde olup, tıbbi bakıma ihtiyacı az olan ve ailesi tarafından yetersiz bakım imkânı sunulan yaşlılara verilen bir hizmetler toplamıdır. 1580 sayılı Belediye Kanunu içerisinde:

“Belediye hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda engelli, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanır.

Belediyenin görev, sorumluluk ve yetki alanı belediye sınırlarını kapsar.”¹⁰⁶

İfadesi ile yaşlılara, düşkün ve dar gelirliler ile engellilere uygun yöntemler uygulanacağı belirtilerek kişinin ihtiyaç duyduğu hizmete yönelik faaliyetler oluşturulacağı anlaşılmaktadır. 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu’nun, Büyükşehir Belediyesinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları isimli üçüncü bölümünde büyükşehir ve ilçe belediyelerinin görev ve sorumlulukları; “Sağlık merkezleri,

¹⁰⁶ 1580 sayılı Belediye Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5393-20130712.pdf>, Erişim tarihi: 14.02.2021.

hastaneler, gezici sağlık uniteleri ile ...yaşlılara... yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken niversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak”¹⁰⁷ şeklinde hüküm oluşturularak düzenlenmiş ve yaşlılara yönelik hizmetlerin büyükşehir belediyelerinin görevleri arasında olduğu belirtilmiştir.

Evde bakımın yerel yönetimlerin desteği ile yürütülmesi, beraberinde çeşitli olumlu durumları da getirmektedir. Bu kapsamda evde bakım hizmetlerinin, kurumda bakıma göre çeşitli avantajları bulunmaktadır. Bunlar¹⁰⁸:

- Evde bakımda yaşlı bireyin ihtiyaçlarının karşılanması daha hijyenik ortamda gerçekleştirilebilmektedir.
- Evde bakım, yaşlı bireyin aile ortamında olduğu için bireye psikolojik destek sağlanmaktadır ve yaşlının moral düzeyi yüksek tutulmaktadır.
- Yaşlı bireyin alişkın olduğu yaşam şartlarından uzaklaşmaması kendisini daha zgr ve rahat hissetmesine sebep olmaktadır.
- Evde bakım yataklı hastane kullanımını azaltır ve hastaneler daha etkin kullanılabilir.
- Evde bakım ile aile bireylerine bakım konusunda destekler sağlanır ve bu bireyler toplumsal hayatta daha etkin hareket edebilmektedirler.

Yukarıda sayılan avantajlara bakıldığında evde bakımın kurumda bakımdan belirli noktalarda daha avantajlı olduğu görülmektedir. Bireyin evde bakıma ihtiyaç duymasının sebepleri ise; bakım kurumlarına kabul şartlarını sağlayamaması, hastaneden yeni taburcu olması ve evde bakıma ihtiyaç duyması, kendi bakımını yapamayacak durumda olması, zihinsel rahatsızlıklarının olması gibi durumlardan oluşmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü etkin

¹⁰⁷ 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5216&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi:14.02.2021.

¹⁰⁸ Rukiye Pınar, “Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum”, 2010, (evrimii), http://www.akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/16.pdf, Erişim tarihi: 17.02.2021.

olmakla beraber özel hastaneler ve özel evde bakım merkezleri ile kamu hastanelerinin de evde bakım birimleri bulunmaktadır.

3.2.5. 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Sosyal Yardımlar

Türkiye’de yaşlı ve muhtaç durumda bulunanlar için 2022 sayılı “65 Yaşının Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” gereğince, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve hane içerisinde kişi başı geliri asgari ücretin aylık net miktarının 3’te 1’inden az olan Türk vatandaşı olanlardan 65 yaşını doldurmuş kimselere düzenli olarak gelir sağlanmaktadır. İlgili kanun 1977 yılında yürürlüğü girmiştir ve yıllar içerisinde muhtelif değişikliklere uğramıştır. Bu değişiklikler sonucunda kanunun kapsamı genişletilmiş ve kanun isminden bağımsız olarak engelli vatandaşlara da bu kanun kapsamında yardım yapılmaktadır. Bu sebepten sosyal yardım uygulamaları, toplumun en fazla korunmaya muhtaç kesimleri ile ilgili olarak bu kanun kapsamında yapılmaktadır.

Kanun dahilinde aylıktan yararlanmak için Türk vatandaşı olmak, sayılan şartlar arasında ilk sırada gelmektedir. Bu şartın, sadece aylık talep edildiği veya başvurulduğu zamanda değil aylıktan yararlanıldığı sürece de devam etmesi gerekmektedir. Bu ilke kanun maddesinde açıkça belirtilmekte olup uyulmaması halinde aylıkta yararlanma imkânı ortadan kalkmaktadır. Aylıktan yararlanma şartlarından bir diğeri ise, 65 yaşını doldurmuş olmak şeklinde düzenlenmiştir. Yaş şartı esasında doğum tarihinde yapılan düzeltmeler dikkate alınmamaktadır. Nüfusa ilk kaydı gerçekleşmiş olan tarih esas kabul edilmektedir. Bu uygulama, gerçekleşecek olan suiistimallerin önüne geçmek için yapılmış bir tedbir niteliğindedir. Aylıktan yararlanmak isteyen bireyin kimsesiz olması da düzenlenen şartlar arasında bulunmaktadır. Bir diğer ifade ile başvuruda bulunmuş bireye kanunen bakmakla yükümlü bir kişinin bulunmaması gerekmektedir. Medeni Kanun madde 364’e göre yoksulluk ve kimsesiz duruma düşme, “Herkes, yardım etmediği takdirde yoksulluğa düşecek olan üstsoyu ve altsoyu ile kardeşlerine nafaka vermekle yükümlüdür”

şeklinde düzenlenmiştir.¹⁰⁹ Diğer bir söylem ile kanunen bakmakla yükümlü olma, kişinin alt ve üst soyları ile kardeşlerini kapsayacak biçimde ilgili kanun maddesi içerisinde yer almaktadır. Fakat eşi gaip, akıl hastası, hükümlü olmayan evli kadınlar, huzurevlerinde ücretsiz kalanlar, ölünceye kadar bakma akdi ile kendisine bakılanlar, 18 yaşından küçük anne ve babası ile yaşayan çocuklar, tutuklu ve hükümlüler yukarıda belirtilen kanun gereğince kimsesiz sayılmamaktadırlar.¹¹⁰

Yaşlılık aylığından yararlanmanın bir diğer koşulu ise muhtaçlık durumunda olmaktır. Muhtaçlık ise; bir bireyin yaşam şartlarını asgari düzeyde karşılayamama durumunu ifade etmektedir. 2022 sayılı kanuna göre muhtaçlığı belirlemede temel kriter, asgari ücret düzeyi üzerinden hesaplanmaktadır. Kanunun ilk maddesinde, “kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı asgari ücretin aylık net tutarının 1/3’ünden fazla olanlar ile aynı tutardan fazla gelir sağlaması mümkün olan kimseler muhtaç kabul edilemez ve kendilerine aylık bağlanamaz” ifadesi yer almaktadır. Bu ifade temelinde 2021 Ocak ayı itibari ile 2825,90 TL olan net asgari ücret düzeyinin 3’te 1’i olan 941,9 TL’den fazla geliri olanlar yaşlılık ve muhtaçlık aylığına başvuramamaktadırlar. Asgari ücret tutarı değiştirildiğinde bu alt sınır da değişmektedir.

2022 sayılı kanun kapsamında yaşlılık aylığı başvurusu, başvuran kişinin adresinin bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’na yapılmaktadır. Bu vakıf, mülki idare amirliklerine bağlı bulunup, koordineli olarak çalışmakta ve genel itibariyle aynı binada hizmet vermektedirler. Yapılacak olan başvurular şahsen veya vekalet yoluyla yapılmaktadır. “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik” kapsamında değerlendirmeler iki şekilde gerçekleşmektedir. İlki başvuru evraklarının değerlendirmesi şeklinde gerçekleşirken, ikincisi sosyal değerlendirme ismiyle bireyin yaşamış olduğu çevrenin ve mekânın ziyaret edilmesi

¹⁰⁹ 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>, Erişim tarihi: 24.02.2021.

¹¹⁰ Ertuğrul Yuvalı, “2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanunun Değerlendirilmesi”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi**, S: 37, 2019, s.56.

ile gerçekleştirilmektedir.¹¹¹ Vakıf personeli tarafından gerçekleştirilen ziyaretler kapsamında; kişinin, ailenin durumu ve yaşadıkları çevrenin ahvalı hakkında bilgiler elde edilmektedir. Sosyal değerlendirme, değişen şartlar dikkate alınarak bir defaya mahsus gerçekleştirilmemektedir. Ön değerlendirme süreci tek seferde tamamlanırken, sosyal değerlendirme periyodik olarak gerçekleştirilmektedir.¹¹²

2022 sayılı kanun kapsamında sadece yaşlı kimselere değil engellilere ve silikozis hastalığı* olanlara da aylık verilmektedir. Engelliler için; %40-69 arasında engelli olanlar, %70 ve üzeri engelli olanlar, 18 yaş altı engelli yakınları gruplandırmasına göre aylık bağlanmaktadır. Ayrıca silikozis hastalığına yakalananlar için de bu kanundan yararlanma imkânı tanınmıştır. Bununla birlikte yaşlılık aylığı almakta iken sağlık kurulu kararı ile %70 ve üzeri engelli olduklarını ispatlayanlar için aylıkları %70 ve üzeri engelli aylığına dönüştürülmektedir. 2022 sayılı kanun yürürlüğü girdiği 1976 yılından beri pek çok maddesinde değişiklikler meydana gelmiştir. Kanun isminde 65 yaşının doldurmuş ifadesi yer almakta iken yapılan değişikliklerle birlikte engelli bireylerin de bu kanundan yararlanması sağlanmıştır.

¹¹¹ ASHB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Mevzuat, “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Engelli Ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik”, [https://www.ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/65-yasini-doldurmus-muhtac-gucsuz-ve-kimsesiz-turk-vatandaslari-ile-engelli-ve-muhtac-turk-vatandaslarina-aylik-baglanmasi-hakkinda-yonetmelik/#:~:text=MADDE%201%20%E2%80%93%20\(1\)%20Bu,%C3%B6denmesine%20ili%C5%9Fkin%20usul%20ve%20esaslar%C4%B1](https://www.ailevecalisma.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/65-yasini-doldurmus-muhtac-gucsuz-ve-kimsesiz-turk-vatandaslari-ile-engelli-ve-muhtac-turk-vatandaslarina-aylik-baglanmasi-hakkinda-yonetmelik/#:~:text=MADDE%201%20%E2%80%93%20(1)%20Bu,%C3%B6denmesine%20ili%C5%9Fkin%20usul%20ve%20esaslar%C4%B1), Erişim tarihi: 26.02.2021.

¹¹² Ertuğrul Yuvalı, **a.g.m.**, s.58.

* Silikozis, bir tür meslek hastalığı olmakla birlikte doğada kristal veya kristal olmayan formda bulunan silika mineralinin çeşitli işlemlere tabi tutulduğu sırada toz olarak yutulmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır.

Tablo 3.5. Yaşlılık Maaşı Alan Kişi Sayısı ve Ayrılan Kaynak Miktarı

<u>Yıllar</u>	<u>Kişi Sayısı</u>	<u>Tutar (Milyon TL)</u>
2020(Ekim)	816.700	-
2019	805.432	5.574
2018	709.590	2.900
2017	618.162	1.766
2016	620.019	1.580
2015	608.513	1.250
2014	629.590	1.009
2013	632.407	1.009
2012	668.351	1.046
2011	797.426	1.055
2010	848.826	1.059
2009	859.516	1.027
2008	867.035	948

Kaynak: ASHB, Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2020-Kasım.

Yukarıdaki tabloya bakıldığında yaşlılık aylığının toplam tutarının her yıl arttığı görülmektedir. Aylığın asgari ücret hesaplamasına göre değiştiği bilindiğinde tablodaki artışın nedeni de anlaşılmaktadır. Ayrıca kanun kapsamında aylıktan yararlananların sayısında da artışlar meydana gelmektedir. ASHB verilerine göre 2017 yılında 2022 sayılı kanun dahilinde yaşlı ve engelli maaşı alanların sayısının 1.313.822 kişi olduğu ve aktarılan kaynak miktarının da 5.282.568.301 TL olduğu belirtilmektedir. 2018 yılında ise 1.412.857 kişi yaşlı ve engelli aylığından yararlanırken, aktarılan kaynak miktarı ise 6.270.340.586 TL olarak kaydedilmiştir.¹¹³ Görüldüğü üzere 2022 sayılı kanundan engelli aylığı alanların da hesaplanması ile yararlanan kişi sayısı, tablo 3.1.'de yaşlılık aylığı alanların yaklaşık olarak iki katını oluşturmaktadır. Bu kapsamda değerlendirildiğinde 2022 sayılı kanundan toplumun dezavantajlı grupları beraber yararlanmaktadır.

¹¹³ ASHB, 2018 Yılı Faaliyet Raporu, (Çevrimiçi), http://www.sp.gov.tr/upload/xSPRapor/files/RqI2i+ACSHB_2018_FAALIYET_RAPORU.pdf, Erişim tarihi: 26.02.2021.

2022 sayılı kanundan aylık almaya hak kazananlara yapılan ödemeler ise üç aylık periyotlar şeklinde gerçekleştirilmektedir. Söz konusu durum, zaten ihtiyaç sahibi kimsesiz ve muhtaç bireylerin daha da zorlanmasına neden olmaktadır. Zira aylık masraflarını zor karşılayan bireylere yapılan ödemelerin üç ayda bir şekilde yapılması ise çok makul gözükmemektedir. Geçimlerini bu aylık kapsamında gerçekleştiren bireyler için toplu halde ödeme yapmak yapılan harcamaları finanse etmek noktasında gecikmelere sebep olmaktadır ve bunun sonucunda yardım kapsamında bulunan bireyler ek gelire ihtiyaç duyabilmektedirler. Yapılan yardımların nihai amacı; toplumda bulunan dezavantajlı kesimlerin refah seviyesinin artırılması olduğu için 2022 sayılı kanun kapsamında verilen hizmetlerin bu hassasiyet ile yerine getirilmesi daha uygun gözükmektedir.



SONUÇ

Yaşlanma insan hayatının kaçınılmaz sürecidir. İnsan doğumundan ölümüne kadar pek çok süreçlerden ve değişimden geçmektedir. Olgunlaşma ya da tecrübe olarak nitelendirilen bu süreç, insan hayatı için oldukça önemlidir. Yaşlanma bir süreci ifade ederken yaşlılık bir durumu yansıtmaktadır. Bu tezde yaşlılık sonucunda ihtiyaç duyulan bakım türü incelenmiştir.

Yaşlılık sürecinde insan bakıma ihtiyaç duyabilmektedir. İnsanların geniş dönemli ihtiyaçlarını karşılamasına UDB adı verilmektedir. Uzun dönem bakım dünyada uygulandığı gibi Türkiye’de de uygulanmaktadır. UDB kapsamı ülkeden ülkeye değişmektedir. Kapsamın genişliğini yaşlı bireylerin ihtiyaçları ve UDB finansmanının yöntemini belirlemektedir. Yaşlı bireyin ihtiyacının evde karşılanması için evde bakım sistemi geliştirilmiştir. Geleneksel yöntem olarak adlandırılan bu yöntem, günümüzde de yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Evde bakım konusunda etkin rol çoğu zaman aile bireylerine düşmektedir. Aile bireyleri içerisinde de başat aktör kadın olmaktadır. Özellikle geleneksel aile yapılarına bakıldığında ailenin günlük yaşantısını kolaylaştıran kişinin kadın olduğu görülmektedir. Fakat modernleşme ile kadının ailedeki rolünün değiştiği görülmektedir. Emek piyasasında aktif bir şekilde rol alan kadın, ev ile iş arasında bir sıkışmışlıkla karşı karşıya kalmaktadır.

Aile yapılarında meydana gelen değişiklik sonucunda genellikle çekirdek aile yapısı topluma hâkim olmuştur. Bu durumda bakım aile bireyleri tarafından karşılanamamaktadır. Çalışma hayatında aktif bir şekilde yer alan hane halkı üyeleri tarafından tam zamanlı bakım yerine getirilemez. Bu durumda profesyonel bakıcılardan yardım alınması gerekmektedir. Evde bakım konusunda ısrarcı olanlar evde bakımı gerçekleştirecek profesyonellerle anlaşarak bakımın evde yerine getirilmesini sağlayabilirler. Evde bakıma sıcak bakmayanlar veya evde bakımdan daha modern ve profesyonel bakım ihtiyacına gereksinim duyanlar için kurumda bakım diğer bir seçeneği oluşturmaktadır.

Kurumda bakım, evde bakımı yetersiz olanlar veya evde bakımı yerine getirecek kimsesi olmayanlar için bağımsız kurumlarda, profesyonel bakıcılar

tarafından sağlanan bakım türünü ifade etmektedir. Kurumda bakım yaşlı birey için kendi yaşlıları ile aynı ortamda kalma imkanını da sağlamaktadır. Sonuçta bireyler kendi akranlarıyla ilişki kurmaktan ve onlarla paylaşımda bulunmaktan hoşlanırlar. Aralarında ortak paydalar meydana gelebilir. Bu sebepten yaşlıların bir arada olmaları aktif yaşlanma için de uygun olmaktadır. Yaşlı bireyler kurumda bakım içerisinde çeşitli bakım imkanlarından yararlanmaktadırlar. Asgari olarak belirlenen bakım imkanları gerekli şartlar altında genişletilebilmektedir. Bu da fazladan bakım maliyetine yol açmaktadır.

Kurumda bakım içerisinde yürütülen faaliyetler; hemşire bakımı, psikolojik destek, fiziksel aktiviteler, aktif yaşlanma programı olarak sıralanabilir. Kurumda bakım imkanından yararlanmak isteyen yaşlı bireyin kuruma başvuruda bulunması gerekmektedir. Yaşlı bireyler kendi maddi imkanları dahilinde kurumda bakım içerisinde ekstra imkanlardan faydalanabilmektedirler.

Uzun dönem bakım programı uygulanan ülkelere bakıldığında ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde UDB uygulamalarının daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu ülkelerde yaşlı nüfus oranlarının fazla olmasında doğum oranlarının azlığı, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun olması, sağlık sisteminin gelişmişliği ve ulaşılabilirliği etkili olmuştur. Bir ülkede yaşlı nüfus oranının yüksek olması neticesinde o ülkenin yaşlı politikaları genellikle gelişmiştir. Uzun dönem bakıma ihtiyaç duyan gruplar yaşlılar ve engellilerdir. Engellilik, doğumda veya hayatının belirli bir döneminde fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklar nedeniyle bazı hareketlerin ve işlevselliklerin kısıtlanması durumudur. Bu durumda UDB engelli bireyler için zorunlu bir hal almaktadır. Yaşlı bireyler için UDB ihtiyacı bir zorunluluk hali olmayabilir. Yaşlı bireyler yaşam süreleri boyunca sağlıklı bir şekilde hayatlarını idame ettirebilirler.

Yaşlılık sosyal güvenlik sistemi içerisindeki risk gruplarından birisidir. Sosyal güvenlik hayattaki belirli risklere karşı önceden önlemler alma sistemi olduğuna göre yaşlılık riski için de çeşitli önlemler alınmıştır. Bunlar; yaşlılık aylığı, emeklilik sistemi, sağlık hizmetleri, uzun dönem bakım olarak sıralanabilir. UDB, sosyal güvenlik sistemleri içerisinde farklı olarak finanse edilmekte ve uygulama alanı bulmaktadır. Bu sebepten sosyal güvenlik sistemi temelinde bakıldığında ABD’de

uygulanan sistemin Almanya'dan farklı olduğu gör÷lmektedir. İkinci bölümde de bahsedildiği üzere ABD'de UDB sistemi iki şekilde uygulanmaktadır. Medicare ve Medicaid isimli iki sistem içerisinde fakat birbiriyle bağlantılı şekilde kurgulanmış bu sistemin temelinde ekonomik durumu yeterli ve yetersiz olanlar şeklinde iki grup bulunmaktadır. Özel sigorta şirketleri aracılığıyla yürüt÷len sistem gelir gruplarına göre farklı şekilde sunulmaktadır.

Almanya'nın Bismarck ile refah devleti uygulamalarının kurucularından olduğu düşün÷ldüğünde bakım sisteminin de bu kapsamda benzerlik göstererek gelişmiştir. 1994 yılından önce ÷lkede bakımdan yararlanmak gelir testine tabi tutulmaktaydı. Fakat gerçekleştirilen düzenlemeler ile UDB'den faydalanma şartları değiştirilmiştir. Ayrıca sistemden faydalanma imkanları genişletilmiştir. Almanya'da UDB uygulamasından faydalanma biçimleri üç gruba ayrılmıştır. Bakıma olan ihtiyaca göre gruplar şekillendirilmiştir. UDB sistemi kapsamlı bir sigorta kolu olarak sunulmaktadır. Bu sigorta kolundan faydalanma imkanları özel sigorta veya sağlık sigortası sistemi ile sentezlenerek sistemin temelleri sağlamlaştırılmıştır.

Japonya'da UDB sistemine bakıldığında ise sistemin temelleri 1960 yıllarda resmileştirilirken, sistemin kapsamı 2000'li yıllara kadar genişletilmeye devam etmiştir. Burada ÷lkenin toplumsal yapısının önemli bir parametre olduğu göze çarpmaktadır. Geleneksel aile yapısının kuvvetli olduğu Japonya'da UDB hizmetleri enformel olarak yürüt÷lmekteydi. Fakat modernleşme ile çekirdek aile yapısına geçilmesiyle yaşlıların aile içerisindeki rolleri de değişmiştir. Hane halkı üyelerinin çalışma isteğinin artması ile yaşlı bireye bakacak kişi sayısı azalmıştır. Bu da yaşlıların kurumda bakım hizmetlerinden faydalanması isteğini artırmıştır. Kurumda bakıma olan talebin artması ile resmi olarak düzenlemelerin arttığı da gör÷lmektedir.

Japonya'nın yaşlı nüfus oranının yüksekliği göze çarpan hususlardan biridir. Ülke nüfusunun neredeyse üçte birlik kısmı 65 ve üzeri yaştaki insanlardan oluşmaktadır. Yaşlı nüfus oranlarının yüksek olması ise ekonomik, toplumsal ve siyasi açıdan pek çok meseleyi beraberinde getirmektedir. İkinci bölümde bahsedildiği üzere Japonya'da UDB sistemi 1960 ile 2000 yılları arasında çeşitli düzenlemelere

uğramıştır. Bu düzenlemeler neticesinde UDB sistemi kapsamının genişletildiği görülmektedir.

Hollanda UDB sistemine bakıldığında ise bu sistemin bir ilk niteliği taşıdığı görülmektedir. 1968 yılında yapılan bir kanuni düzenleme ile UDB, istisnai sağlık harcamaları içerisinde tanımlanmıştır. Yapılan düzenlemeler neticesinde ilk olarak evde bakım sistemi düzenlenmiştir. Daha sonrasında hastanede bakım, hemşire destekli bakım, kurumda bakım olmak üzere sistem çeşitli düzenlemeler ile genişletilmiştir. Hollanda, OECD ülkeleri içerisinde UDB sistemini ülke genelinde uygulamaya geçiren ilk ülke olmuştur. Bu kapsamda değerlendirildiğinde Hollanda’da UDB harcamalarının GSYİH içerisindeki payı %3,7 ile OECD ülkeleri içerisinde ilk sırada olmaktadır.

IMF verilerine göre Almanya, Japonya, Hollanda ve ABD’nin kayıt dışı ekonomi oranlarına bakıldığında sırasıyla %10,4, %10,7, %10,8 ve %8,3 olduğu görülmektedir.¹¹⁴ Kayıt dışı oranları ekonomide prim ödemedi çalışanların varlığını göstermektedir. Yani sosyal güvenlik sisteminde herhangi bir kayıt veya ödeme gerçekleştirilmemiş olanlar kayıt dışı olarak çalışmaktadır. Bu da sosyal güvenlik sistemi içinde sızıntılar meydana getirmektedir. Prim ödemedi çalışma hayatında bulunanlar emeklilik veya sağlık sisteminden yararlanmada sıkıntı yaşamaktadırlar. Genellikle kayıt dışı ekonomide çalışanlar düşük gelirli grupta yer alanlardır. Bu yüzden sağlık sisteminden özel sağlık sigortası yoluyla yararlanma imkanları da düşük gözükmektedir. Sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alamayanlar ise bu sistem tarafından önlem alınan risklere karşı savunmasız olmaktadır. Yaşlılık riski için de bu savunmasızlık geçerli olmaktadır. Kayıt dışı ekonomi oranlarının yüksek olması UDB sisteminden yararlanma imkanını da düşürmektedir. Sanayileşmesini tamamlamış ve ekonomik olarak güçlenmiş ülkelerde bile kayıt dışı ekonomi düşük de olsa mevcuttur. Fakat bu mevcudiyet sosyal güvenlik sistemini olumsuz etkileyecek kadar yüksek değildir. Kayıt dışı ekonominin varlığına rağmen bu ülkelerde sosyal

¹¹⁴ Leandro Medina ve Friedrich Schneider: “Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?”, **IMF Working Paper**, 2018.

güvenlik sistemi oldukça güçlüdür. UDB için ise sosyal güvenlik sisteminin güçlü olması olumludur.

Türkiye'nin gini katsayısı ve kayıt dışı ekonomi oranlarına bakıldığında ise gelir dağılımında eşitsizliği olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre 2015 yılı için Türkiye'nin gini katsayısı 0,404 olarak hesaplanmıştır. ABD için bu oran 0,39, Japonya için 0,339, Almanya için 0,293 ve Hollanda için 0,288 olarak hesaplanmıştır.¹¹⁵ Gelir dağılımında eşitsizliğin Türkiye'ye göre daha az olduğu bu ülkelerde sağlık sisteminden ve UDB uygulamalarından yararlanma imkânı gini katsayısı ile ters orantılı gözükmemektedir.¹¹⁶ Hollanda ve Almanya için UDB uygulamalarından yararlanma imkanlarının daha geniş olduğu söylenebilir. Japonya ise yaşlı nüfus oranı yüksek olmasına rağmen UDB kapsamında yapılan düzenlemeler Almanya ve Hollanda'ya göre daha geç tarihli gerçekleştirilmiştir. Fakat uygulamanın işlevselliği ise yüksek gözükmemektedir. ABD için katsayının diğer ülkelere göre yüksek olduğu görülmektedir. UDB uygulamalarına bakıldığında ise bu sistemden yararlanma imkanları ekonomik durumuna göre iki şekilde sunulmaktadır. Gelir dağılımında eşitsizliğin diğer ülkelere göre nispeten yüksek olduğu düşünüldüğünde, UDB uygulamalarından yararlanma imkanlarının da bu kapsamda göreceli olarak daha kısıtlı ve sert olduğu söylenebilir.

IMF verilerine göre Türkiye'de kayıt dışı ekonomi oranı %30 civarında görülmektedir. Bu oranın yukarıda sayılan ülkelere göre daha yüksek olması ise sosyal güvenlik sistemi üzerine olumsuz etkilere neden olmaktadır. Prim ödmeden kaçınılması sosyal güvenlik sisteminin finansmanında açıklara sebebiyet vermektedir. Bu durumda kayıt dışı ekonomi oranlarının azaltılmaya çalışılması sosyal güvenlik sistemi için kapsayıcılığın artmasına imkân sağlayabilir. Kayıt dışı ekonomi oranının yüksek olması düzenlenecek olan UDB programının önündeki büyük engellerden birisidir.

¹¹⁵ OECD, Gelir Eşitsizlikleri, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>, Erişim tarihi:03.05.2021.

¹¹⁶ Gülcan Şantaş, "Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Endeksleri ve Gini Katsayısı ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, C:19, S:1, 2021, s.17.

Türkiye’de UDB uygulamalarına bakıldığında kapsamının yukarıda bahsedilen ülkelere göre dar olduğu görülmektedir. Fakat ülke genelinde yaşlılara yönelik politikaların son yıllarda arttığı görülmektedir. Huzurevleri sayısının artırılması ve konforlarının kişinin ekonomik seviyesine göre ayarlanması, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısında meydana gelen artış, evde bakım uygulamalarında verilen nakdi destekler ve gündüzlü bakım merkezleri ile hem evde bakımın hem de kurumda bakımın yükünün azaltılması gibi uygulamalar yaşlılara yönelik artan politikalara örnek olarak verilebilir. Fakat UDB adı altında bir sistemin henüz kurulmamış olması ise genel çerçevede yürütülen politikaların uzun vadeli hedeflerle yapılmadığını göstermektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde yaşlılara yönelik politikaların kısa vadeli olarak yürütülmesi ise UDB sisteminin gerekliliğini göstermektedir.

Türkiye’de kurgulanacak UDB modelinde öncelikle sistemin hukuki temellerinin atılması gerekmektedir. Sosyal güvenlik sistemi içerisinde UDB primi ödemeye dayalı bir model olarak kurgulanabilir. UDB’nin bir sigorta kolu olarak tanımlanması ve bu kapsamda kurgulanması da değerlendirilebilir. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemine bakıldığında yaşlıların genel sağlık sigortası kapsamında bakım ihtiyaçları karşılanmaktadır. Fakat sistem içerisinde UDB halen tanımlanmamıştır. UDB’nin sosyal güvenlik sisteminde sosyal bir risk olarak tanımlanması gerekmektedir. Ayrıca bakımın finansmanının ne şekilde sağlanacağı sistemin işlevselliği açısından büyük önem arz etmektedir. Almanya ve Japonya’da olduğu için bakım finansmanı sosyal güvenlik primlerinden finanse edilebilir. Fakat kayıt dışı istihdam oranlarının yüksek olması, artan göçmen emeği, istihdam edilenlerin büyük çoğunluğunun asgari ücret ile çalıştığı göz önüne alındığında prim esaslı sistemin maliyetlerinin yüksek olması muhtemel görülmektedir. Yapılacak olan düzenlemelerin bu kapsamda değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yaşlıların bakıma duydukları ihtiyacın minimal düzeyde tutulması için önleyici bakım hizmetlerinin artırılması gerekmektedir. Aktif yaşlanma, önleyici bakım hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Aktif yaşlanma, insanların yaşlanmalarıyla birlikte yaşam kalitelerini artırmak için yapılan sağlık ve güvenlikle ilgili imkânları geliştirip uygun hale getirme olarak tanımlanabilir. Önleyici bakım

hizmetlerinin artırılması bakıma duyulan ihtiyacı azaltacağı için ekonomik olarak da olumlu sonuçlara yol açacaktır.

Türkiye’de gelir dağılımında eşitsizliğin bölgesel olarak daha net ortaya çıktığı düşünüldüğünde bakım imkanlarından faydalanmak için ücret farklılaştırılmasına gidilmesi bakımdan yararlanan bireylerin sayısını artıracaktır. Merkezi otorite tarafından yürütülmesi gerekirken bu faaliyetin kayırmacılığa imkân vermemesi için sıkı denetimler içerisinde uygulanması gerekmektedir.

Türkiye’de uygulanan UDB uygulamalarına bakıldığında genellikle kısa vadeli uygulamalar olduğu görülmektedir. Geliştirilecek olan modelde aktüeryal dengenin sağlanması açısından uzun vadeli projeksiyonlarla bakım modellerinin kurgulanması gerekmektedir. Uygulanacak bakım uygulamalarının toplumun her kesimi tarafından ulaşılabilir olması da gerekmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde kişi başına düşen milli gelirin 10,000 doların altında olduğu düşünüldüğünde bakım masraflarının minimum düzeylerde olması veya devlet desteği ile yürütülmesi gerekmektedir.

UDB temelde evde ve kurumda olmak üzere iki ana kola ayrılmalıdır. Evde bakım kapsamında sunulacak hizmetlerin maliyeti kurumda bakım hizmetlerine göre daha düşük olacağı için evde bakım hizmetleri teşvik edilmelidir. Evde bakımı gerçekleştiren bireyin eğitim durumu da önemlidir. Evde bakımda bakıcılar temel eğitim sürecine tabi tutulmalı ve bu süreç sonunda bakıcılara sertifika verilmelidir. Uygulanacak olan sertifika programında üniversitelerin geriatri bölümleri, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordineli olarak çalışmalıdır. Böylece evde bakımı gerçekleştirecek olan kişinin alanında uzmanlaşması sağlanacaktır. Evde bakımın profesyoneller tarafından sağlanması, bakımın eğitilmiş kişilerin elinde olması, bakım sırasında yaşanan istismarları da azaltacaktır. Ayrıca bakım emek yoğun bir sektör olduğu için bu sektörün büyümesi ile yeni istihdam alanları ortaya çıkacak ve bu da işsizlik için olumlu sonuçlar doğuracaktır.

Evde bakım genellikle hane halkı üyesi olan kadın tarafından gerçekleştirildiği için enformel bakım kadınların emek piyasasına girmelerine engel teşkil etmektedir. Bu grubun kayıtlı istihdama girmeleri devletin vergi gelirlerini artıracaktır. Böylece ekonomik üretkenlik ve kamu harcamalarında da artışlar meydana gelecektir. Ayrıca

evde bulunan bu kadınlar sosyal güvenlik sistemi içerisinde bağımlı konumundan çıkarak prim ödeyeceklerdir. Bu da sosyal güvenlik sistemi için gelir artırıcı ve gider azaltıcı bir sonuç doğuracaktır.

Evde bakım enformel bakım olduğu için kayıt dışı olarak faaliyet göstermektedir. Düzenlenecek sistemde evde bakım sistemi içerisinde enformel bakımın kayıtlı istihdama dahil edilmesi sağlanmalıdır. Ev kadınları tarafından gerçekleştirilen bakım bir istihdam alanı olarak tanımlanmalıdır. Böylece evde bakımın kayıt dışı gerçekleştirilmesi önlenecektir. Engelli bireyler için evde bakımı gerçekleştiren kadınlar, gerçekleştirdikleri bakım sonucunda bakım ödeneği almaktadırlar. Fakat aldıkları ödenekle birlikte sosyal güvenlik sistemine dahil edilmemekte ve bu haklardan yararlanamamaktadırlar. Dolayısıyla emeklilik hakları da olmamaktadır. Sağlık sisteminden ise kendi adlarına yararlanamamaktadırlar. Yaşlı bireyler için gerçekleştirilen evde bakıma yardım edildiği Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı verilerinde görülmemektedir. Yaşlılar için evde bakımı gerçekleştiren bireylere de evde bakım ödeneği verilmesi gerekmektedir. Ardından bu bireyler sosyal güvenlik sistemine dahil edilmelidir. Evde bakımın başat aktörü olan kadınlar, bakım sağlayıcı konumda olduklarından emek piyasasında iş arayamamaktadırlar. Bu durumda evde bakımı gerçekleştiren ev kadınlarına sosyal güvenlik haklarının verilmesi gerekmektedir.

Bakım uzun dönemli bir süreci ifade ettiğinden bakıma ihtiyaç duyan bireylerin sosyal ve psikolojik durumları kaliteli hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması, sağlık imkanlarından yararlanması, aktif yaşlanma çerçevesinde bakıma ihtiyacının azaltılması ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bakım ihtiyacı karşılanan bireyin istismar ve kötü muameleden korunması gerekmektedir. Bu konuda merkezi yönetim veya yerel yönetimler tarafından bilgilendirilmelerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bakımın hayatın bir parçası olduğu ve bakım ihtiyacına sadece yaşlılıkta değil hayatın her anında ihtiyaç duyulacağı konusunda bireyler bilinçlendirilmelidir. Bu kapsamda yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçları sırasında gerekli konforun sağlanması hedeflenmelidir.

UDB programının kimin tarafından organize edileceği önemli bir meseledir. Merkezi yönetim tarafından gerçekleştirilen bakım uygulamalarında, bakıma muhtaç bireylere ulaşmada gecikmeler yaşanmaktadır. Bürokratik süreçlerin yoğunluğu ve kırtasiyecilik sonucunda evrak işlemlerinin çokluğu bakım hizmetinin uygulanabilirliğini geciktirmektedir. Yerel yönetimler tarafından organize edilen faaliyetlerde de kayırmacılığın ortaya çıkması muhtemeldir. Bakım uygulamalarının Almanya, Hollanda ve Japonya’da görüldüğü üzere yerel yönetimler tarafından organize edildiğı ve merkezi yönetim tarafından denetlendiğı görülmektedir. Böylece UDB’den faydalanmak isteyenler bağımsız ofislere başvurularını yapmakta ve merkezi yönetimin denetlediğı yerel yönetim veya özel sektörün organize ettiğı faaliyetlerden yararlanabilmektedirler. Türkiye’de de yerel yönetimlerin ve özel sigorta sağlayıcıların UDB’de aktif bir şekilde yer aldığı bir modelin kurgulanması gerekmektedir. Bu modelin etkinlik açısından verimli olacağı kanaatindeyiz.

Türkiye’nin nüfus projeksiyonlarına bakıldığında 2070 yılı için toplam nüfusunun 107 milyon ve yaşlı nüfus oranının %25,6 olacağı tahmin edilmektedir. Artacak olan yaşlı nüfus için gerekli politikaların kurgulanması ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. UDB programının da bu politikalar içerisinde yerini alması sağlanmalıdır. Toplumun gelişmesinde ve ilerlemesinde katkısı olan yaşlılara gereken önemin verilmesi adına bakımın sosyal güvenlik sitemi içerisinde konumlandırılması ve gerekli tedbirlerin alınması yerinde olacaktır.

KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi-III”, 2020, (Çevrimiçi), <https://ailevecalisma.gov.tr/media/45960/yasli-lar-icin-bilgilendirme-rehberi-3.pdf>, Erişim tarihi: 31.01.2021.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu”, (Çevrimiçi), <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf>, Erişim tarihi: 22.01.2021.
- Aksoy, Erdal: “1919-1955 Yılları Arasında Türkiye’nin Nüfus Yapısı ve Uygulanan Nüfus Politikaları”, **Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi**, S:24, 2016, s.s. 27-44.
- Algera, Marco vd.: “An Evalution of the New Home-Care Needs Assessment Policy in the Netherland”, **Health and Social Care in the Community**, V:11, I:3, 2003, p.p. 232-241.
- Altan, Mikail ve İsmail Aslanlar: “Sosyal Güvenlik Kuruluşlarımızın Özel Sigorta Şirketleriyle Entegrasyonu Temelinde Bir Özelleştirme Modeli”, **Reasürör**, S:42, 2001, ss. 19-35.
- Anadolu, F. Kerim: “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C:11, S:3-4, 2003, s.s 47-57.

- Ardahan, Melek: “Yaşlılık ve Huzurevi”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, C:20, S:20, 2010, s.s 25-32.
- ASHB İstanbul İl Huzurevi Bakım Ücretleri, (Çevrimiçi),
Müdürlüğü: <https://ailevecalisma.gov.tr/istanbul/duyurular/ozel-huzurevleri-ozel-yasli-hizmet-merkezleri-ile-huzurevi-ve-yasli-bakim-merkezleri-2021-ucretleri/>, Erişim tarihi: 24.01.2021.
- ASHB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel “Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020)”,
Müdürlüğü: (Çevrimiçi),
<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, Erişim tarihi: 12.12.2020.
- Aslan, Murat ve Çiçek "Yaşlanma ve Yaşlanma Dönemiyle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar", **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C:7, S:1, 2017, s.s. 53-62.
- Avrupa Komisyonu: 2009 Yaşlanma Raporu: AB-27 Üye Ülke İktisadi ve Bütçesel Rapor.
- Becker, Ulrich and Hans-Joachim Reinhard: **Long- Term Care in Europe**, Springer International Publishing, Munich, 2018.
- Bingöl, Orhan: “Genel Bağlarıyla Sosyal Hizmet ve Toplum”, **Mavi Atlas**, S:5, 2015, s.s. 69-77.
- Birleşmiş Milletler: Nüfus Fonu 2020, <https://www.unfpa.org/>.

- Birleşmiş Milletler: World Population Ageing 2019: Highlights, 2019.
- Bölüktaş, Rukiye Pınar: Temel Gerontoloji, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, (Çevrimiçi), http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/temel_gerontoloji.pdf, Erişim tarihi: 23.03.2021.
- Buhârî: Vesâyâ, 9.
- Castle, Nicholas G. and Jamie C. Ferguson: “What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured”, **Gerontologist**, V:50, I:4, 2010, p.p. 426-442.
- Center of Medicare and Medicaid Services: (Çevrimiçi), <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/index?redirec>, Erişim tarihi: 18.04.2020.
- Centraal Bureau voor de Statistiek: (Çevrimiçi), <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/en/dataset/81628ENG/table>, Erişim tarihi: 07.07.2020.
- Costa-Font, Joan and Christophe Courbage: Financing Long-Term Care in Europe: Institutions, Market and Models, 2011.
- Çelik, Aziz: **Avrupa Birliği Sosyal Politikası ve Türkiye**, Kitap Yayınevi, 2014.
- Çuhadar, Seyran Gürsoy ve Kuvvet Lordoğlu: “Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye’de Yaşlanma ve Sorunlar”, **İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi**, S:54, 2016, s.s. 63-80.

Dölek, Bilge Önal: “Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım”, **Klinik Gelişim Dergisi**, C:25, S:3, 2012, ss. 95-99.

Dünya Bankası Data: Population, total-Germany, (Çevrimiçi), <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=DE>, Erişim tarihi: 03.03.2021.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020), (Çevrimiçi), <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 16.01.2021.

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü: İstatistik Bülteni Kasım 2020.

European Commission: The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060), **European Economy**, 2012.

Eurostat: Demografic Change in the EU, (Çevrimiçi), <https://ec.europa.eu/eurostat/news/themes-in-the-spotlight/demographic-change-eu>, Erişim tarihi: 12.09.2020.

Eurostat: Life Expectancy at Birth by Sex,(Çevrimiçi), [ttps://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en), Erişim tarihi: 24.04.2020.

Eurostat: Population Projections, (Çevrimiçi), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00002/default/table?lang=en>, Erişim Tarihi: 03.03.2021.

- Gökbayrak, Şenay: “Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, C:2, S:21, 2009, s.s. 55-82.
- Güneş, İsmail ve Soner Yakar: “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C:13, S:2, 2004, s.s. 127-142.
- Heinicke, Katrin ve Stephan L. Thomsen: “The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives”, **Centre for European Economic Research**, 2010.
- HHS: (Çevrimiçi), <https://www.hhs.gov/about/index.html>, Erişim tarihi: 05.04.2020.
- Holbrook, M. Cay and Alan J. Koenig: **Foundation of Education: Second Edition Volume I History and Theory Teaching Children and Youths with Visual Impairments**, AFB Press, New York, 2003.
- Ikegami, Naoki vd.: “The Long Term Care Insurance Law in Japan: Impact on Institutional Care Facilities”, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, V:18, I:3, 2003, p.p. 217-221.
- Ikezoe, Hirokuni: “Mandatory Retirement Age System”, **Japan Labor Issue**, V:2, I:9, 2018, p.p. 17-20.
- ILO: **FACTS on Social Security**, Geneva, 2005.
- Medina, Leandro and Friedrich Schneider: “Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?”, **IMF Working Paper**, 2018.

Japonya Hükümeti: (Çevrimiçi), <https://www.japan.go.jp/japan/>, Erişim tarihi: 12.07.2020.

Japonya Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı: Long-Term Care Insurance System of Japan 2016, (Çevrimiçi),
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcisi_j_e.pdf, Erişim tarihi: 22.07.2020.

Karadağ, Hüseyin ve Nihal Arda Akyıldız: “Avrupa’nın Ekonomik Dönüşümünde Uzun Dönem Yaşlı Bakımının Sürdürülebilirliğinin Değerlendirilmesi”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, C:19, S:44, 2019, s.s. 571-596.

Koç, İsmet vd.: Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (Çevrimiçi), http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf, Erişim tarihi: 27.03.2020.

Koçer, Şeniz Özmert: “Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları”, (Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), 2014.

Koray, Meryem: Sosyal Politika, 5. Baskı, Ankara: **İmge Kitabevi**, 2018.

Kurşun, Arzu ve Cemil Rakıcı: “Sosyal Refah Devletinin Tarihi Süreci ve Günümüz Bazı Refah Devletlerinin Değerlendirilmesi”, **Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi**, C:2, S:2, 2016, s.s. 135-156.

- Kuttner, Robert: “The American Health Care System. Health Insurance Coverage.”, **The New England Journal of Medicine**, V:340, I:2, 1999, p.p. 163-168.
- Maarse, J.A.M. and P.P.T. Jeurissen: “The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands”, **Health Policy**, 2016, C:120, S:3, p.p.241-245.
- Maisonneuve, Christine de la and Joaquim Oliveira Martins: “A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures: OECD Economics Department Working Papers No. 1048”, **Research Paper in Economics**, 2013.
- Martins, Joaquim Oliveira and Christine de la Maisonneuve: “Public Spending On Health And Long-Term Care: A New Set Of Projections”, (Çevirimiçi), <http://www.oecd.org/economy/public-finance/publicspendingonhealthandlong-termcareAnewsetofprojections.pdf>, Erişim tarihi: 23.03.2020.
- Medicaid: <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>, (Çevrimiçi), Erişim tarihi: 03.04.2020.
- Medicare: (Çevrimiçi), <https://www.medicare.gov/about-us/how-is-medicare-funded>, Erişim tarihi: 03.04.2020.
- Metin, Muhammet: “Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, (Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014.
- National Institute of Population and Social Security Research: Social Security in Japan 2014, Chapter 5-Welfare for the Elderly, (Çevrimiçi), <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/005.html>, Erişim tarihi:23.07.2020.

- OECD Data: (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, Erişim tarihi: 05.04.2020.
- OECD: (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/pop/young-population.htm#indicator-chart>, Erişim tarihi: 12.07.2020.
- OECD: “The Future of Health and Long-Term Care Spending”, **OECD Journal: Economic Study**, 2014.
- OECD: Doing Better Families, **OECD Publishing**, 2011, (çevrimiçi), <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm>, Erişim tarihi: 12.11.2020.
- OECD: Gelir Eşitsizlikleri, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>, Erişim tarihi: 03.05.2021.
- OECD: Life Expectancy at Birth, (Çevrimiçi), <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, Erişim tarihi: 04.03.2021.
- OECD: The OECD Health Project Long-term Care for Older People, 2005.
- Öz, Cihan Selek ve Sinan Balta: “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Güncel Sosyal Politikaların Analizi”, **Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi**, C:22, S:1, 2020, s.s. 69-94.
- Öz, Fatma: “Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme”, **Kriz Dergisi**, C:10, S:2, 2002, s.s. 17-28.

- Pınar, Rukiye: “Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum”, 2010, (Çevrimiçi), http://www.akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/16.pdf, Erişim tarihi: 17.02.2021.
- Rodrigues, Ricardo: “Long-term Care – The Problem of Sustainable Financing, **European Centre for Social Welfare Policy and Research**, Slovenia, 2014.
- Sağlık, Büşra ve Hacer Yeliz Çelik: “Küreselleşen Çalışma Hayatında Kadının Rolü”, **Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C:2, S:2, 2018, s.s. 95-120.
- Schools, J.M.G.A. vd.: “Nursing Home and Nursing Home Physician: the Dutch Experience”, **Journal of American Medical Directors Association**, V:5, I:3, 2004, p.p. 207-212.
- Schultz, Erika: The Long-Term Care System for the Elderly in Germany: ENEPRI Research Report No. 78, **ANCIEN**, 2010.
- Spector, William D. ve Margaret L. Drugovich: “Reforming Nursing Home Quality Regulation: Impact on Cited Deficiencies and Nursing Home Outcomes”, **Medical Care**, V:27, I:8, 1989, p.p. 789-801.
- Statistics Bureau of Japan: Statistical Handbook of Japan 2019, (çevrimiçi), <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2019all.pdf#page=1>, Erişim tarihi: 22.07.2020.
- Stocker, Jeanie: “Home Care in America”, **Online Brazilian Journal of Nursing**, V:1, I:1, 2002, p.p. 15-19.

- Şantaş, Gülcan: “Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Endeksleri ve Gini Katsayısı ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, C:19, S:1, 2021, s.s. 1-19.
- The Metlife Mature Market Institute: Market Survey of Long-Term Care Costs: The 2012 MetLife Market Survey of Nursing Home, Assisted Living, Adult Day Services, and Home Care Costs, (Çevrimiçi), <https://s11042.pcdn.co/wp-content/uploads/indres/110512metlifeltccosts.pdf>, Erişim tarihi: 19.04.2020.
- Tsutsui, Takako ve Naoko Muramatsu: “Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan”, **Journal of the American Geriatrics Society**, V:53, I:3, 2005, p.p. 522-527.
- Tuncel, Gülnihal ve Hasan Uzun: “Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar Üzerine Bir İnceleme”, **Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, C:3, S:2, 2019, 309-334.
- TÜBA: (Çevrimiçi), <http://www.tubaterim.gov.tr/>, Erişim tarihi:04.04.2020.
- TÜİK: Nüfus Projeksiyonları 2018-2080, (Çevrimiçi), <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, Erişim tarihi: 12.08.2020.
- TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020.
- TÜİK Haber Bülteni, Mayıs 2020.

U.S. Department of Health and Human Services: Buying Long Term Care Insurance, (Çevrimiçi), <https://longtermcare.acl.gov/costs-how-to-pay/what-is-long-term-care-insurance/buying-long-term-care-insurance.html>, Erişim tarihi: 12.04.2020.

U.S. Department of Health and Human Service: (Çevrimiçi), <https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicare.html>, Erişim tarihi: 06.04.2020.

United Nation, Department of Economic and Social Affair: World Population Prospects 2019, (Çevrimiçi), https://population.un.org/wpp/Graphs/1_Demographic%20Profiles/United%20States%20of%20America.pdf, Erişim tarihi: 05.04.2020.

United States Census Bureau: (Çevrimiçi), <https://www.census.gov/popclock/>, Erişim tarihi: 13 Şubat 2020.

World Health Organization: Key Policy Issues in Long- Term Care, 2003.

World Health Organization: (Çevrimiçi), <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>, Erişim tarihi: 13.02.2020.

Yazgan, Turan: İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları, **Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları**, İstanbul, C:3, 2011.

- Yoo, Byung Kwang vd.: “Impact of Informal Caregiver Availability on Long-Term Care Expendituresin OECD Countries”, **Health Services Research**, V:39, 2004, p.p. 1971-1992.
- Yuvalı, Ertuğrul: “2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanunun Değerlendirilmesi”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi**, S: 37, 2019, s.s. 51-73.
- World Bank Blogs: (Çevrimiçi),
<https://blogs.worldbank.org/opendata/worlds-population-will-continue-grow-and-will-reach-nearly-10-billion-2050>, Erişim tarihi: 01.05.2021.
- 1580 sayılı Belediye Kanunu: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5393-20130712.pdf>, Erişim tarihi: 14.02.2021.
- 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>, Erişim tarihi: 24.02.2021.
- 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5216&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi:14.02.2021.