

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM
DALI**

**BAKIM SİGORTASI UYGULAMASI VE BAKIM SİGORTASI
İHTİYACININ TÜRKİYE AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Sinan BALTA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Cihan SELEK ÖZ

MAYIS - 2022

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**BAKIM SİĞORTASI UYGULAMASI VE BAKIM
SİĞORTASI İHTİYACININ TÜRKİYE AÇISINDAN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sinan BALTA

**Enstitü Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Enstitü Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset**

**“Bu tez 09/06/2022 tarihinde online olarak savunulmuş olup aşağıdaki isimleri bulunan jüri
üyeleri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”**

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ
Doç. Dr. Cihan SELEK ÖZ	Başarılı
Doç. Dr. Serdar ORHAN	Başarılı
Doç. Dr. Doğa Başar SARIİPEK	Başarılı

ETİK BEYAN FORMU

Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve Etik Kurul Onayı gerektiği takdirde onay belgesini aldığımı beyan ederim.

Etik kurul onay belgesine ihtiyaç var mıdır?

Evet ☐

Hayır ☒

(Etik Kurul izni gerektiren araştırmalar aşağıdaki gibidir:

- Anket, mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney, görüşme teknikleri kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen her türlü araştırmalar,
- İnsan ve hayvanların (materyal/veriler dahil) deneysel ya da diğer bilimsel amaçlarla kullanılması,
- İnsanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalar,
- Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar,
- Kişisel verilerin korunması kanunu gereğince retrospektif çalışmalar.)

Sinan BALTA

09/06/2022

ÖNSÖZ

Ülkemizin demografik yapısı değişim göstermektedir. Bu değişim ile beraber nüfusun gelecekteki ihtiyaçlarına yönelik olarak çeşitli projeksiyonlar üretilmektedir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte bakıma muhtaç birey sayısının artması olası görülmektedir. Bunun yanı sıra sosyal güvenlik kurumuna bağımlı hale gelecek yaşlı birey sayısının artması beraberinde gelir-gider dengesini olumsuz yönde etkileyecektir. Sağlık sunucularında primsiz rejim çerçevesinde sunulan bakım hizmetlerine yönelik olarak talep artışı da olacaktır. Olası gelişmelere dayanarak kurumsal düzeyde ve bireysel düzeyde bakım maliyetlerinin artması kaçınılmaz olarak görülmektedir. Bu durumda bireylerin ve devlet kurumlarının maliyetlerini minimize edecek, bakım maliyetleri konusunda ve bakım yükünün paylaşılmasını sağlayacak, sosyal güvenlik kurumunun finansal kriz yaşamasını önleyecek bir bakım sigortasının kurulması kaçınılmaz olarak görülmektedir.

Gerek çalışma konusunun belirlenmesinde gerekse de çalışmanın devamında yapıcı değerlendirmeleri ve yönlendirmeleri açısından çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Cihan SELEK ÖZ'e, teşekkürlerimi sunarım. Çalışma çerçevesinde görüşlerini esirgemeyen Sakarya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü'ne de teşekkürlerimi sunarım.

Sinan BALTA

09/06/2022

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
GRAFİK LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix

GİRİŞ.....	1
------------	---

BÖLÜM1: BAKIM SİGORTASININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ VE BAKIM SİGORTASI GEREKSİNİMİNİ ORTAYA ÇIKARAN NEDENLER.....	4
---	----------

1.1. Bakım Sigortası İle İlgili Kavramlar	4
1.1.1. Bakım Sigortası	4
1.1.2. Bakım Sigortasının Finansmanı	8
1.1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Sigortası.....	10
1.1.3.1. Primli Sosyal Güvenlikte Bakım Sigortası.....	10
1.1.3.2. Primsiz Sosyal Güvenlikte Bakım Sigortası.....	11
1.1.3.3. Karma Sistem Olarak Bakım Sigortası.....	11
1.1.3.4. Özel Bakım Sigortası.....	11
1.1.4. Bakım Sigortası Kapsamında Bakım Parası ve Diğer Uygulamalar.....	13
1.2. Bakım Sigortası Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler	14
1.2.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfusun Artması	14
1.2.2. Aile Yapısının Değişmesi	20
1.2.3. Sağlık Hizmetlerindeki Artan Maliyetler	21

BÖLÜM 2: BAKIM SİGORTASI UYGULAMASINA İLİŞKİN ÜLKE ÖRNEKLERİ.....	24
--	-----------

2.1. Bakım Sigortasına İlişkin Ülke Uygulamaları	24
2.1.1. Primli Sistemi Benimseyen Ülkelerde Bakım Sigortası	24
2.1.1.1. Almanya	24
2.1.1.2. Japonya	32
2.1.1.3. İsrail.....	37
2.1.1.4. Hollanda	41
2.1.2. Primsiz Sistemi Benimseyen Ülkelerde Bakım Sigortası	45

2.1.2.1. İsveç.....	45
2.1.2.2. Danimarka	49
2.1.2.3. Avusturya	54
2.1.2.4. Birleşik Krallık	59
BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU...	65
3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Verilen Hizmetler.....	65
3.2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler.....	67
3.2.1. Sosyal Yardımlar.....	68
3.2.2. Bakım Hizmeti	73
3.2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri	74
3.2.2.2. Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Verilen Hizmetler	77
3.2.2.3. Özel Bakım Merkezlerinde Verilen Hizmetler.....	79
3.2.2.4. Yaşlı Bakım Hizmetleri	80
3.3. Yerel Yönetimler Tarafından Verilen Hizmetler.....	83
3.4. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Verilen Hizmetler	86
BÖLÜM 4: BAKIM SİGORTASI İHTİYACININ TÜRKİYE AÇISINDAN İNCELENMESİ.....	89
4.1. Çalışmanın Konusu	89
4.2. Çalışmanın Amacı	89
4.3. Çalışmanın Yöntemi.....	89
4.4. Türkiye’de Bakım Sigortası İhtiyacını Ortaya Çıkaran Nedenler	89
4.4.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfusun Artması	90
4.4.2. Aile Yapısının Değişmesi	93
4.4.3. Sağlık Hizmetlerindeki Artan Maliyetler	95
4.5. Bakım Sigortası Sistemine İlişkin Temel Esaslar.....	98
4.5.1. Bakım Sigortasının Kapsamı.....	99
4.5.2. Bakım Sigortasından Yararlanma Koşulları	101
4.5.3. Finansman Yapısına İlişkin Temel Esaslar	102
4.5.4. Organizasyon Yapısına İlişkin Temel Esaslar	108
4.6. Bakım Sigortasının Kurulmasına Yönelik Çalışmalar	112
4.7. Bakım Sigortasının Kurulmasına Yönelik Öneriler	115

SONUÇ	116
KAYNAKÇA.....	120
EK	132
ÖZGEÇMİŞ	134



KISALTMALAR

ASHB	: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
ATHGM	: Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü
AWBZ	: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSYS	: Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
CBS	: Centraal Bureau voor de Statistiek
DESTATIS	: Deutschland Statistisches Bundesamt
DWP	: Department for and Pensions
EDES	: Engelli Destek Programı
EUROSTAT	: European Community Statistical Office
EYHGM	: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ILO	: International Labour Organization
İŞKUR	: Türkiye İş Bulma Kurumu
NHS	: National Health System
NIS	: New Israeli Shekel
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
SGD	: Sosyal Güvenlik Dergisi
SOYBİS	: Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
SSGSS	: Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası
SYDTF	: Sosyal Yardımlaşma Dayanışmayı Teşvik Fonu
TAIEX	: Technical Assistance and Information Exchange Office
TAYA	: Türkiye Aile Yapısı Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEV	: Türkiye Üçüncü Sektör Vakfı
UDB	: Uzun Dönemli Bakım
WHO	: World Health Organization
WLZ	: Wet Langdurige Zorg
WMO	: Wet Maatschappelijke Ondersteuning
YADES	: Yaşlı Destek Programı
ZVW	: Zorg Verzekering Wet

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Toplam Yaşlı Nüfus Oranları (%).....	15
Tablo 2: Doğuşta Beklenen Ortalama Yaşam Süreleri.....	17
Tablo 3: Toplam Nüfus ve Doğurganlık Oranları	18
Tablo 4: Yaşlı Bağımlılık Oranları	19
Tablo 5: Sağlık Harcamalarındaki Artan Maliyetler	22
Tablo 6: Almanya'da Bakıma Muhtaçlık Dereceleri	27
Tablo 7: Almanya'da Bakım Parası İstatistikleri	28
Tablo 8: Almanya'da Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Bakıma Muhtaç Kişi Sayısı, 2019	30
Tablo 9: Yıllar İtibariyle Almanya'da Uzun Süreli Bakıma İhtiyacı Olan İnsan Sayısı	31
Tablo 10: Uzun Süreli Bakım Parasından Yararlanma Koşulları.....	40
Tablo 11: Hollanda'nın Uzun Süreli Bakım Sigortası Harcamaları	43
Tablo 12: İsveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Birey Sayısı.....	49
Tablo 13: 2010-2019 Yılları Arasında Danimarka'da Evde Bakım Hizmeti Alan Birey Sayısı v 65 Yaş Üzeri Nüfus İçerisinde Kurum Bakım Hizmeti (Hastane Dışında) ve Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Oranı (bin/%)	53
Tablo 14: Avusturya'da Bakım Ödeneğinden Yararlanma Kriterleri	57
Tablo 15: Avusturya'da Bakım Ödeneğinden Yararlananlar ve Bakım Ödeneği Harcamaları	58
Tablo 16: Birleşik Krallıkta Bakım Hizmetleri Alan Birey Sayısı (2020-21).....	62
Tablo 17: Yıllar İtibariyle Birleşik Krallıkta Uzun Süreli Bakım Hizmeti Alan Birey Sayısı	63
Tablo 18: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Sürekli İş Göremezlik Ödeneği ve Vazife Malullüğü Alan Bireyler.....	66
Tablo 19: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Malullük Aylığı Alan Bireyler	67
Tablo 20: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Engelli Aylığı ve 65 Yaş Aylığı Alan Birey Sayısı	70
Tablo 21: Rakamlarla Türkiye'de Sosyal Yardımlar.....	72
Tablo 22: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Engelli Bireylere Yönelik Yatılı ve Gündüzlü Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	78

Tablo 23: Yıllar İtibariyle Türkiye’deki Bakanlığa Bağlı Huzurevlerine İlişkin Bilgiler	81
Tablo 24: Yıllar İtibariyle Türkiye'nin Demografik Göstergeleri	90
Tablo 25: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfus	91
Tablo 26: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Ortalama Yaşam Beklentisi	93
Tablo 27: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Aile Yapısı	94
Tablo 28: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım Harcamaları (GSYİH %) %).....	97
Tablo 29: Türkiye’de Bakım Sigortası Organizasyonundaki Hizmetler	108
Tablo 30: Yıllar İtibariyle 3 Farklı Model Önerisine Göre Bakıma Muhtaç Birey Sayıları.....	113

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Yıllar İtibariyle Almanya'nın Yaşlı Nüfus Oranı	25
Grafik 2: Almanya'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Harcamaları, 2019.....	29
Grafik 3: Bakım Türüne Göre Uzun Süreli Bakıma Muhtaç Kişiler	30
Grafik 4: Yıllar İtibariyle Japonya'nın Yaşlı Nüfus Oranı	33
Grafik 5: Japonya'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Harcamaları, 2019	36
Grafik 6: Yıllar İtibariyle İsrail'de Yaşlı Nüfus Oranları	38
Grafik 7: Yıllar itibariyle Hollanda'da Yaşlı Nüfus Oranı	42
Grafik 8: Yıllar İtibariyle İsveç'in Yaşlı Nüfus Oranı (%).....	46
Grafik 9: Yıllar İtibariyle Danimarka'da Yaşlı Nüfus Oranları (%)	50
Grafik 10: Danimarka'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Veren Kurumların Harcama Oranları	52
Grafik 11: Yıllar İtibariyle Avusturya'nın Yaşlı Nüfus Oranı (%)	55
Grafik 12: Yıllar İtibariyle Birleşik Krallığın Yaşlı Nüfus Oranı (%).....	60
Grafik 13: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Doğurganlık Oranları	92
Grafik 14: Türkiye'de Prim Ödeme Gücü Olmayanların Sistem Dışında Tutulduğu Modelde Prim Oranı	105
Grafik 15: Türkiye'de Prim Ödeme Gücü Olmayan Bireylerin Sisteme Dahil Edildiği Modelde Prim Oranı	106
Grafik 16: Türkiye'de Karma Model Önerisinde Prim Oranı.....	106

ÖZET	
Başlık:	Bakım Sigortası Uygulaması ve Bakım Sigortası İhtiyacının Türkiye Açısından İncelenmesi
Yazar:	Sinan BALTA
Danışman:	Doç. Dr. Cihan SELEK ÖZ
Kabul Tarihi:	09/06/2022
Sayfa Sayısı:	ix(ön kısım) + 131(ana kısım) + 2(ek)
Bu çalışma hızla yaşlanan ülkemizde bakım sigortası uygulamalarına yer vererek bakım sigortasının gerekliliğine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmanın kapsamı ve sınırları, bakım sigortası uygulamasının kavramsal çerçevesi, bakım sigortası gereksinimini ortaya çıkaran nedenler ve bakım sigortası ülke örnekleri, ülkemizin bakım hizmetleri konusundaki mevcut durumu ve bakım sigortası uygulamasının ülkemiz açısından incelenmesinden oluşmaktadır. Bu çalışmada eleştirel kaynak incelemesi ve betimsel analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Eleştirel kaynak incelemesi açısından bakıldığında literatürdeki Türkçe ve İngilizce kaynaklar incelenmiştir. Bu çerçevede bakım sigortası konusunda farklı tanımlamaların ve uygulamaların olduğu görülmüştür. Bakım sigortası uygulaması tanımlanırken ve uygulama yöntemi tercih edilirken sosyo-ekonomik koşullar, gelenek ve göreneklerin etkili olduğu görülmüştür. Betimsel analiz açısından bakıldığında bu çalışmada kullanılacak olan verilerin bakım sigortası gereksinimini ortaya çıkaran önemli faktörler olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Zira bu çalışma ülkemizin hızla yaşlandığı gerçeğini araştırma problemi olarak kabul etmektedir. Bu çalışmanın tematik yapılanması bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesindeki en önemli unsur olarak demografik yapının değişmesi (ortalama yaşam beklentisi, doğurganlık oranları, yaşlı bağımlılık oranları) ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi ve sağlık harcamalarındaki artışlardan oluşmaktadır. TÜİK'ten elde edilen verilere göre 2021'de ülkemizin yaşlı nüfus oranı %9,7'dir. Yaşlı nüfus oranının 2040'da %16,3'e, 2060'da %22,6'ya ve 2080'de %25,6'ya yükselmesi beklenmektedir. Diğer bir ifadeyle 2080'de Türkiye'de dört kişiden birinin yaşlı olması beklenmektedir. 2018'de yayınlanan Türk Aile Yapısı araştırmasına göre ülkemizde geniş aile yapısı daralırken çekirdek aile yapısı ve dağılmış aile yapısı artış göstermektedir. 2016 çekirdek aile yapısı %69,3 iken geniş aile yapısı %10,8 ve dağılmış aile yapısı %19,9'dur. TÜİK'ten elde edilen verilere göre devletin sağlık harcamalarındaki payı giderek artmaktadır. Devletin sağlık harcamalarındaki payı 2000'de %61,1, iken, 2005'te %67,8'e, 2010'da %78,6'ya, 2015'te %78,5'e ve 2020'de %79,2'ye yükselmiştir. Bakım sigortasının gereksinimini ortaya koyan bu göstergelerin yanı sıra bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla 7 sosyal güvenlik uzmanları ile yapılandırılmış mülakat yapılmıştır.	
Anahtar Kelimeler:	Bakım Sigortası, Bakıma Muhtaçlık, Nüfusun Yaşlanması

ABSTRACT	
Title of Thesis: Examination of the Care Insurance Application and the Need for Care Insurance from the Perspective of Turkey	
Author of Thesis: Sinan BALTA	
Supervisor: Assoc. Prof. Cihan SELEK ÖZ	
Accepted Date: 09/06/2022	Number of Pages: ix(pretext) + 131 (mainbody) + 2 (app.)
This study aims to draw attention to the necessity of care insurance by including care insurance practices in our rapidly aging country. The scope and boundaries of this study, the conceptual framework of the care insurance application, the reasons that reveal the need for care insurance and country examples of care insurance, the current situation of our country in care services and the care insurance practice in our country are examined. In this study, critical source analysis and descriptive analysis methods were used. In terms of critical source analysis, Turkish and English sources in the literature were examined. In this context, it has been seen that there are different definitions and applications about care insurance. It has been observed that socio-economic conditions, traditions and customs are effective when defining the application of care insurance and choosing the application method. From the point of view of descriptive analysis, it should be emphasized that the data to be used in this study are important factors that reveal the need for care insurance. Because this study accepts the fact that our country is aging rapidly as a research problem. The thematic structure of this study consists of the change in demographic structure (average life expectancy, fertility rates, elderly dependency ratios) and the increase in the elderly population, the change in family structure and the increase in health expenditures as the most important factors in the implementation of the care insurance application. According to the data obtained from TÜİK, the rate of elderly population in our country in 2021 is 9.7%. The proportion of the elderly population is expected to increase to 16.3% in 2040, 22.6% in 2060 and 25.6% in 2080. In other words, it is expected that one in four people in Turkey will be old in 2080. According to the Turkish Family Structure research published in 2018, while the extended family structure is shrinking in our country, the nuclear family structure and the dispersed family structure are increasing. While the nuclear family structure in 2016 is 69.3%, the extended family structure is 10.8% and the broken family structure is 19.9%. According to the data obtained from TUIK, the share of the state in health expenditures is increasing. While the share of the state in health expenditures was 61.1% in 2000, it increased to 67.8% in 2005, 78.6% in 2010, 78.5% in 2015 and 79% in 2020. In addition to these indicators that reveal the need for long-term care insurance, structured interviews were conducted with 7 social security experts in order to determine their views on long-term care insurance.	
Keywords: Care Insurance, Need for Care, Population Aging	

GİRİŞ

Bakım sigortası çeşitli gerekçeler ile ortaya çıkan bir ihtiyaçtır. Başta nüfusun yaşlanması ve bakıma muhtaçlık durumunun artması sonucunda hayata geçirilen bir uygulamadır. Nüfusun yaşlanması bütün ülkeler açısından büyük bir sorundur. Zira nüfusun yaşlanması çok çeşitli sorunları ve beraberinde çeşitli ihtiyaçları da ortaya çıkarmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının yanında doğum oranlarının düşmesi ve ortalama yaşam beklentilerinin artması yaşlanan nüfus yapısının önemini daha da artırmaktadır. Bu parametrelerdeki gelişmeler ile birlikte yaşlı nüfusun artması beraberinde ülkelerin sağlık harcamalarını, sosyal güvenlik sisteminden yararlanan yaşlı birey sayısının giderek artması neticesinde gelir-gider dengesinin bozulması ve sistemin sürdürülemez bir hal almasına neden olması muhtemel gözükmemektedir. Bu olumsuz etkiler kurumsal yapıların ekonomik dengesinin yanında bireylerin aile hayatındaki durumu da olumsuz etkilemesi muhtemel gözükmemektedir. Zira modern toplumlarda aile yapıları hızla değişmektedir. Geleneksel geniş aileler dağılmakta ya da çekirdek aile yapısına dönüşmektedir. Aile yapılarının değişmesine rağmen bakıma muhtaçlık durumunda aileler büyük rol üstlenmektedir. Bakıma muhtaçlık durumunda aile bireylerinin rol üstlenmesi sistemde bir bakım sigortası uygulamasının bulunmaması durumunda aile içi ekonomik yapının bozulması beraberinde psikolojik sorunlar gibi çok çeşitli sorunların ortaya çıkması kaçınılmaz bir durumdur. Burada bakım sigortasının önemi ortaya çıkmaktadır. Birçok ülke bu gelişmeler doğrultusunda ekonomik yapısının ve toplumun yapısının maddi ve manevi olarak olumsuz etkilenmemesi için kendi toplumsal yapısının gereklerini ortaya koyarak bakım sigortasına ilişkin yaklaşım geliştirmişlerdir. Kimi ülkeler bakım sigortasını prim ödeme esasına dayalı olarak uygularken, kimi ülkeler ise primsiz rejimi benimsemekte diğer bir ifadeyle bakım sigortası uygulamasını genel vergilerle finanse etmekte ve sosyal hizmet, sosyal yardım olarak uygulamaktadır. Bunun yanında hem zorunlu hem de vergiler yoluyla karma bir yöntem olarak da sunulmaktadır. Uygulamada bakım sigortasına ilişkin olarak çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda yerel yönetimlerin rolü, bakım sigortası için fiyatlandırma ve belirli değişkenlere bağlı olarak ekonomik modellenme oluşturulması, bakım sigortasının temel esaslarından hizmet sağlayıcı unsurlarının belirlenmesi gibi çeşitli unsurlara değinilmiştir. Ülkemizde ise bakım sigortasına ilişkin olarak yapılan çalışmalar oldukça azdır. Bakım sigortasına yönelik olarak kurumlar bünyesinde

raporlar ve çalıştaylar düzenlenmektedir. Bunun yanında Sosyal Güvenlik Uzmanlarının bakım sigortasının önemi üzerine ve yaptıkları çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bakım sigortasının hayata geçirilmesi açısından çalışmalar yetersiz düzeyde kalmaktadır. Bu nedenle sosyal güvenlik uzmanlarının bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılandırılmış grup mülakat çalışması yapılmıştır.

Bu çalışma 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bakım sigortası ile ilgili temel kavramlar sistemin finansmanı, sosyal güvenlik sisteminde primli, primsiz, karma, özel bakım sigortası ve bakım sigortasına yönelik diğer uygulamalara yer verilmiştir. Daha sonra bakım sigortasını ihtiyacını ortaya çıkaran unsurlara değinilmiştir.

İkinci bölümde bakım sigortası uygulamasına ilişkin olarak ülke uygulamalarına yer verilmiştir. Bakım sigortası ülke uygulamalarının tasnifinde ise sistemin finansman yaklaşımı esas alınmıştır. Bu doğrultuda primli sistemi benimseyen ülkelerde Almanya, Japonya, İsrail ve Hollanda ülkelerinin bakım sigortası sistemi incelenmiştir. Primsiz sistemi benimseyen ülkelerde ise İsveç, Danimarka, Avusturya ve Birleşik Krallığın bakım sigortası sistemleri incelenmiştir.

Üçüncü bölümde Türkiye’de bakım hizmetlerinin mevcut durumu incelenmiştir. Bakım hizmeti sağlayan kurumlar olarak Sosyal Güvenlik Kurumu, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Yerel Yönetimler ve Sivil Toplum Kuruluşlar tarafından verilen bakım hizmeti niteliği taşıyan uygulamalara değinilmiştir. Bu doğrultuda bakım sigortası uygulaması bulunmayan ülkemizde bakım hizmetlerinin genel yapısı ortaya çıkarılmıştır.

Dördüncü bölümde ise bakım sigortası ihtiyacı Türkiye açısından incelenmiştir. Türkiye’de bakım sigortası ihtiyacını ortaya çıkaran faktörlere, Türkiye’de kurulacak bakım sigortasının ana unsurlarına değinilmiş ve kurulacak bakım sigortası sistemi için sosyal güvenlik uzmanları ile yapılan mülakat sonuçlarına da yer verilmiştir. Bunun yanında Türkiye’de bakım sigortasına yönelik olarak yapılan çalışmalara ve önerilere de yer verilmiştir.

Çalışmanın Konusu

Çalışmanın konusu bakım sigortası uygulamasıdır. Ülkemizde hali hazırda bir bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır. Çalışmanın konusu bakım sigortası ihtiyacını

ortaya çıkararak demografik değişim, aile yapısının değişmesi, sağlık alanındaki artan maliyetlere ilişkin unsurlar ülkemiz açısından incelenmesinden oluşmaktadır. Bunun yanında ülkemizin mevcut bakım hizmetleri yapısı incelenmekte ve bakım sigortası uygulamasının temel dinamiklerinin ülkemiz açısından yapılandırılmasına ilişkin esaslara değinilmektedir.

Çalışmanın nemi

Ülkemiz hızla yaşlanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının ve ortalama yaşam beklentisi, doğurganlık oranları gibi demografik faktörlerdeki değişimler ve aile yapılarının değişmesi, kadınların çalışma hayatında yer alarak aile içi ekonomiye destek olması, sağlık alanlarında artan maliyetler bakım sigortasının gerekliliğini ve nemiini büyük ölçüde ortaya çıkarmaktadır. Bu göstergeler doğrultusunda ülkemizde bakım sigortasının hayata geçirilmesinin gerekliliğini ortaya çıkartması açısından bu çalışma büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın Amacı

Bu alışma hızla yaşlanan ülkemizde bakım sigortası uygulamalarına yer vererek bakım sigortasının gerekliliğine dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Çalışmanın Yöntemi

Bu çalışmanın yönteminde eleştirel kaynak incelemesi ve betimsel analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bakım sigortası alanında yapılan çalışmaların yetersizliğine dayanarak bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla Sakarya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünde görev yapan 4 erkek ve 3 kadın olmak toplam 7 kişiyle yapılandırılmış grup mülakat tekniği kullanılmıştır. Katılımcılar sırasıyla K1, K2, K3 ve K4 olarak numaralandırılmıştır.

BÖLÜM 1: BAKIM SİGORTASININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ VE BAKIM SİGORTASI GEREKSİNİMİNİ ORTAYA ÇIKARAN NEDENLER

1.1. Bakım Sigortası İle İlgili Kavramlar

Bakım sigortasına ilişkin kavramlar bakım sigortasının finansmanı, sosyal güvenlik sisteminde bakım sigortası ve özel bakım sigortasından oluşmaktadır.

1.1.1. Bakım Sigortası

Bakım sigortası kavramı ülkelerin benimsedikleri kültürleri, sahip oldukları politik ve toplumsal bakış açıları gibi nedenlerden dolayı farklı şekilde tanımlanmaktadır ve isimlendirilmektedir. Uzun süreli bakım sigortası (Long Term Care Insurance), topluma dayalı bakım (Comminty Care) bu isimlendirmelere örnek olarak verilebilir.

Bakım sigortası diğer bir ifadeyle uzun süreli bakım sigortası, evde veya kurumlarda günlük yaşam aktivitelerinde hareketlilik ve davranış kaybı yaşayan kişilere resmi veya gayri resmi şekilde günlük olarak sağlanan bir hizmetler dizisidir. Bireyin kendisini yönetebilme becerisini yitirmesi her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen, genellikle bu durum yaşla birlikte artmaktadır (Courbage ve diğerleri, 2012: 3). Bunun yanında sosyal güvenlik yaklaşımı doğrultusunda bakım sigortasını bakıma muhtaçlık tehlikesi sebebiyle ortaya çıkabilecek fiziksel, ruhsal zararları tazmin edebilmek adına sosyal sigorta kolu içerisinde tahsis edilen sigorta kolu olarak da tanımlamak mümkündür (Seyyar, 2015: 81).

OECD'ye göre bakım sigortası insanlar yaşlandıkça, yıkanma giyinme gibi aktivitelerle günlük yardıma ihtiyaç duymaları veya temizlik ve yemek pişirme gibi ev aktivitelerinde yardıma muhtaç olmaları daha olası hale gelmektedir. Bu tür destek gereksinimleri (bazı tıbbi bakım türleriyle birlikte) uzun süreli bakım olarak adlandırılabilir (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2021a).

ILO'ya göre uzun süreli bakım ise kronik hastalıklar ve çoklu kronik hastalıklar da dahil olmak üzere fiziksel veya zihinsel durumlar nedeniyle kendilerine bakma yeteneği

sınırlı olan yaşlı kişilerin ihtiyaç duyduğu desteği ifade etmektedir (International Labor Organization, t.y.).

Bakım sigortasının temel amacı, bakıma muhtaçlık tehlikesi nedeniyle ortaya çıkabilecek ekonomik kayıpların karşılanmasını sağlamak, bireyin ihtiyacını gidermek ve bakıcı aile bireylerinin bakım yükünü azaltmak olarak ifade edilebilir (Ağören, 2017: 15). Esasında bakım sigortası bakım hizmetleri konusunda tamamıyla ailenin yerini almak yerine ailenin bakım yükümlülüğünü belirli oranda da olsa azaltmayı hedeflemektedir.

Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç olan bireyin evinde veya kurumda aldığı profesyonel destek hizmetidir. Bakım hizmetleri bakıma muhtaç duruma düşen bireylerin yaşamlarını içinde bulundukları toplumda devam ettirebilmeleri ve tedavi görmeleri veya korunmaları amacıyla mesleğin eğitimini görmüş profesyonel bireyler tarafından verilen hizmetlerdir (Seyyar, 2015: 65).

Bakım hizmetleri kavramının tanımlanması ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Ancak genel olarak bakıldığında bireyin günlük yaşamını sürdürmesinde yerine getirmesi gereken etkinlikleri destek almadan gerçekleştirememesi durumudur. Bireyin bu destek gereksinimi zihinsel ve fiziksel nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bu çerçevede bakım hizmetleri kişinin başkasına olan bağımlılığını ortadan kaldıracak tıbbi ve sosyal destek hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler hastane, sağlık, merkezi, rehabilitasyon merkezi ve huzurevlerinde gerçekleştirilebilmektedir (Oğlak, 2007: 4).

Bakım hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde bireyin biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmaktadır. Bu doğrultuda sunulacak olan bakım hizmetleri amacına, süresine ve hizmeti sunan kuruluşlara göre de tasnif edilebilmektedir (Seyyar, 2008: 40).

Bakım hizmetlerinin sunumu konusunda genellikle engelli ve yaşlı bireyler üzerinde durulmaktadır. Bu doğrultuda doğrudan ve dolaylı olarak bakım hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler çeşitli kanun ve yönetmeliklerde yer almaktadır.

2005 tarihli 5378 sayılı Engelliler Kanununda engelli vatandaşların yaşamlarını mutlu, sağlıklı ve rahat bir şekilde sürdürebilmesi, kendi ihtiyaçlarını yerine getirebilmesi ve verimli olabilmesi için sunulan bakım ve rehabilitasyon hizmetleri geçici veya sürekli şekilde sunulacağı hükmü yer almaktadır (Engelliler Kanunu, 2005).

Bakım sigortasının sunduğu hizmetler (Seyyar, 2015: 82):

- Evde bakıma muhtaç olan bireye profesyonel bakım uzmanları tarafından ailenin bakım yükünü hafifletmek amacıyla bakım hizmeti sunulmaktadır.
- Bakıcı aile bireylerine bakım parası olarak nakdi yardım yapılmaktadır.
- Bakıcı aile bireylerinin rahatsızlık geçirmesi veya izine çıkmak istemesi durumunda profesyonel bakıcılardan destek sağlanmaktadır.
- Bakıma muhtaç bireyin hayatını olabildiğince bağımsız geçirebilmesi için gerekli olan araç-gereç temini hem bakıma muhtaç bireye hem de aile üyelerine sağlanmaktadır.
- Haftada en az 14 saat bakım hizmeti sunan kişiler sosyal güvenlik kapsamına alınmaktadır. Bakıcı bireyler yerine getirdikleri görev süreci boyunca karşılaşılabilecekleri her türlü kazalara karşı prim ödemeksizin kaza sigortası kapsamı altına alınmaktadırlar.

Bakıma muhtaçlık bireyin kronik hastalık, ileri yaşlılık ve engellilik sebebiyle günlük yaşamın olağan akışına katılamaması, temel ihtiyaçlarını dikkate değer ölçüde başkalarının yardım ve desteği olmadan yerine getirememesi durumudur (Seyyar, 2015: 93).

Bakıma muhtaçlık normal olarak kabul edilen durumları belirli ölçülerde yerine getirememesi şeklinde ifade edilmektedir. Toplumların geleneksel unsurlarından bağımsız bir bakıma muhtaçlık tanımı bulunmamaktadır. Bunun sebebi her toplumun günlük yaşamsal aktiviteleri ile geleneksel davranışlarının ilişkili olmasıdır (Koçman, 2006: 110).

Bakıma muhtaçlık durumu ve neticeleri çok boyutludur. İlk olarak bakıma muhtaç bireyi daha sonra ailesini, çevresini ve bütün toplumu sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle bakıma muhtaçlık problemine çözüm getirecek politika ve uygulamaları hayata geçirme görevi sosyal devletin başlıca vazifeleri arasında yer almaktadır (Seyyar, 2008: 45).

Bu kapsamda ülkemizin 1982 Anayasasının 61. Maddesinde devlet bakıma muhtaç yaşlı, bakıma muhtaç çocukların topluma kazandırılması için gerekli önlemleri almayı ve ihtiyaç duyulan kurum kuruluşların hayata geçirebileceğini belirtmektedir (1982 Anayasası, 1982).

Bakıma muhtaçlık riski bireyin engellilik, yaşlılık, hastalık veya sakatlık gibi nedenlerden dolayı bir başkasının bakımına sürekli veya geçici olarak ihtiyaç duyabileceği toplumsal bir risktir (Seyyar, 2008: 45).

Bakıma muhtaçlık riski genellikle engelliler ve yaşlılar için ifade edilmekte ve bu yönde çalışmalar yürütülmektedir. Halbuki ekonomik gücü olan ve olmayan bütün bireyler bakıma muhtaçlık riski altındadır. İnsanlar hayatlarının herhangi bir döneminde bir başkasının denetimi ve gözetimi altında yaşamak zorunda kalabilmektedir. Bu sebeple bakım hizmetlerinin sunumu yalnızca engelli, çocuk ve yaşlılara yönelik olmamalıdır. Aksine bütüncül bakış açısı çerçevesinde başka bir ifade ile geniş anlamda sosyal politika anlayışı ile toplumun bütün kesimlerinin risk altında olduğu gerçeği göz ardı edilmemeli bakıma muhtaçlık toplumsal bir risk olarak görülmelidir. Çünkü bakıma muhtaç duruma düşen bireyler toplumsal faaliyetlerini yerine getirememekle birlikte içinde bulundukları toplumu sosyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyen bir tehdit olarak değerlendirilebilmektedir.

Bakım sigortası uygulaması genellikle gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfusun gereksinimlerini yerine getirmek ve bunun yanında bakım hizmeti sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Bakım sigortası primli model, primsiz model ve karma model olmak üzere üç farklı şekilde uygulanabilmektedir (Kocabaş ve Kol, 2020: 286). Primli bakım sigortası modelinde işçi, işveren, emekli ve devlet memurlarının ücretlerinden belli bir oranda prim kesilmekte ve kaynak ortaya çıkarılmaktadır. Primsiz bakım sigortası modelinde ise toplanan genel vergiler ile oluşturulan kaynak üzerinden bakım hizmeti sunulmaktadır. Bakım hizmetlerinden yararlanma koşulları ise kanuni düzenlemelerde ifade edilmektedir (Ayhan, 2014: 59). Primli ve primsiz bakım sigortası modelinin karışımı olan karma bakım sigortası modelinde ise bakım hizmetleri için toplanan primler ve genel vergiler ile hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Kocabaş ve Kol, 2020: 286).

Günümüzde birçok ülkede nüfusun yaşlanması, ortalama yaşam beklentisinin uzaması, aile yapısında dönüşümün gerçekleşmesi, sağlık sistemlerindeki finansal krizler, kadınların çalışma yaşamına katılması gibi faktörler bakım sigortası olgusunu çok daha fazla önemli hale getirmektedir.

Dünya nüfusunun yaşlanması nedeniyle bakım sigortasına ihtiyaç duyan yaşlıların sayısının tüm ülkelerde önemli ölçüde artması beklenmektedir. Ancak ülkelerin çoğunluğu bakım sigortası koruması sağlamamaktadır. Dünya nüfusunun yüzde 48'inden fazlası herhangi bir ulusal yasa kapsamında yer almamaktadır. Küresel nüfusun sadece yüzde 5,6'sı ulusal mevzuata dayalı bakım sigortası kapsamı sağlayan ülkelerde yaşamaktadır (International Labor Organization, t.y.).

1.1.2. Bakım Sigortasının Finansmanı

Bakım sigortasının finansmanı bakım sigortası uygulamasının ana omurgasını oluşturmaktadır. Zira bakım sigortasının yapılandırılması ve hizmet sunumunun hayata geçirilmesinde en önemli unsur finansman sağlayıcı taraflardır. Finansman sağlayıcı tarafların (işçi, işveren, devlet) üstlenecekleri roller bakım sigortasının etkililiği ve başarısında büyük önem taşımaktadır.

Daha da önemlisi, uzun süreli bakım sigortası hizmetlerini finanse etmede maliyet teşvikleri ve finansman kaynaklarına ilişkin temel göstergeler farklı yapıdadır ve çoğu zaman ülkeye özgü kurumsal özelliklere bağlıdır (Courbage ve diğerleri, 2012: 4). Ülkeler bakım sigortası uygulaması hizmetini yerine getirirken ve finansman politikalarındaki stratejilerinde beş temel ilke doğrultusunda hareket etmektedirler (Oğlak, 2007: 73):

- Bakım hizmetlerinden kimler faydalanacak?
- Hizmetlerden faydalanma hakkı nasıl oluşturulacak?
- Finansman kaynakları nereden sağlanacak?
- Hizmet sunumu nasıl gerçekleştirilecek (Hizmet sunumu taktikleri ve tarzları)?
- Bakım hizmetleri yapısında sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin uyumu nasıl belirlenecek?

Bakımın sürekliliği yüksek kalitede tıbbi ve sosyal hizmetlerin kişinin sağlık ihtiyaçlarına göre farklı seviyelerde sunulabileceği tüm hizmetleri ifade etmektedir. Bu nedenle sunulan hizmetler tıbbi ve sosyal bakım hizmeti gibi karışık bir yapıya sahip olması nedeniyle hizmetlerin bütünlüğü ve sürekliliği esastır. Bakım hizmeti alan

bireylerin esenliğe kavuşmasında sunulan hizmet kadar aile ve çevrenin rolü de büyük önem taşımaktadır. Zira bakımın sürekliliği bireyin sağlığına kavuşmasında ailenin ve çevrenin de desteği ile iyileşme sürecini hızlandırmayı amaçlamaktadır (Oğlak, 2007: 11).

Bakıma muhtaç olan bireylerin aldığı hizmetin kalitesi ve birey üzerinde bıraktığı etki bakımın sürekliliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zira bireyin aldığı bakım hizmeti uzun süreli veya kısa süreli olabilmektedir. Bakımın sürekliliği insanların temel ihtiyaçlarını karşılama veyahut yaşamını sorunsuz olarak sürdürmesinde büyük önem taşımaktadır.

Bakım sigortasının finansmanı, yüksek gelire sahip ülkeler arasında çeşitli boyutlarda farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar arasında ekonominin ne kadarının uzun süreli bakım sigortasına harcama ayırdığı, bakım hizmetlerinin ne ölçüde kamu tarafından veya özel sektör tarafından finanse edildiği yer almaktadır (j.m.Wiener, 2011: 310). Bu doğrultuda bakım sigortasının finansman kaynağında da ülkelerin sahip oldukları koşullara göre çeşitli yaklaşımlar benimsenebilmektedir (Oğlak, 2007: 74):

- Vergi yolu ile finansman sağlanması: (genel vergiler toplanan sosyal yardımlarla sunulan bakım hizmetleridir.)
- Sosyal sigorta ile finansman sağlanması: (primler aracılığıyla finansman sağlanmaktadır, ihtiyaca ve prim oranına göre bakım parası verilmektedir.)
- Özel sigorta ile finansman sağlanması: (gönüllülük esasına göre veya hayat sigortası bağlamında gerçekleştirilebilmektedir.)
- Kamu destekli özel sigorta ile finansman sağlanması: (devlet para desteği sunması, vergi teşvikleri şeklinde uygulanmaktadır.)
- Özel tasarruflar ile finansman sağlanması: (bakıma gereksinim duyan bireylerin veya ailenin tam olarak üstlendiği risk.)

Genel olarak bakıldığında uzun süreli bakım sigortası sistemi sosyal sigorta biçimlerini, vergiye dayalı sistemleri ve gönüllü sağlık sigortasını içeren geniş finansman modellerine göre uygulanabilmektedir. Ancak pratikte hibrit modeller ile karşılaşılmaktadır (Courbage ve diğerleri, 2012: 6).

1.1.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Sigortası

Sosyal güvenlik, mesleki veya toplumsal risk nedeniyle gelirin veya kazancın sürekli veya geçici olarak kesintiye uğraması durumunda ihtiyaçların karşılandığı sistem olarak tanımlanmaktadır (Seyyar, 2015: 395). Sosyal güvenliğin temelinde risk yer almaktadır. İnsanlar hayatlarının herhangi bir döneminde bu riskler ile karşı karşıya kalabilmektedir. Ancak sosyal güvenlik sistemi bireye hayatta karşılaşılabileceği her türlü riske karşı güvence sağlamamaktadır. Bakıma muhtaçlık durumu da normal bir yaşam riski olarak değerlendirildiğinde bakım güvencesi sağlama konusunda sosyal güvenlik sistemi içerisinde bir bakım sigortası düşüncesi çok makul gözükmemektedir (Oğlak, 2007: 75). Sosyal güvenlik sistemi sosyal sigorta, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler olmak üzere 3 farklı yöntem ile uygulanmaktadır. Bakım sigortası uygulamalarına bakıldığında uygulama türleri çeşitlilik göstermektedir. Bakım sigortası sosyal sigorta içerisinde yer alabilmekte, sosyal yardım ve sosyal hizmet olarak sunulabilmekte, karma yöntem şeklinde sunulabilmekte, özel bakım sigortası şeklinde de uygulanabilmektedir.

1.1.3.1. Primli Sosyal Güvenlikte Bakım Sigortası

Sosyal sigorta, sosyal güvenlik sistemleri içerisinde en çok kullanılan ve en gelişmiş uygulamadır. Sisteme katılım zorunludur ve sistem katılımcı bireyler tarafından ödenen prim ile finanse edilmektedir.

Sosyal sigorta kapsamında kabul edilen sosyal risklerin çerçevesi sanayileşme çabalarının artması ve toplumsal yapıların değişmesi gibi tarihsel bir süreçte özellikle yaşlı ve engelli bireyler açısından bakıma muhtaçlık olgusuna olan ihtiyaç sosyal güvenlik sistemlerinde hissedilmeye başlamıştır (Dilik, 1998). Bu doğrultuda birçok ülke bakım sigortasına ilişkin politika ve stratejiler üretmeye başlamıştır. İlk olarak Almanya'da 1995 yılında sosyal sigortanın bağımsız bir kolu olarak yürürlüğe girmiştir. Sosyal sigorta çerçevesinde bakım sigortası zorunluluğu bulunmaktadır. Özel sigortalılarında kapsamlı bir sigorta zorunluluğu bulunmaktadır (Almanya Federal Sağlık Bakanlığı, 2020: 17). Almanya'da bakım riski genel bir risk olarak kabul edilmektedir. Bu risk bireyi normal yaşantısından uzaklaştırarak genel olarak uygulanan altı aylık bir süre zarfında ihtiyaçlarını gideremeyen kişiler bakıma muhtaç olarak kabul edilmektedirler. Genel olarak sosyal sigorta bağlamında bakım sigortasından sağlanan edimler bakım muhtaçlık durumu ve derecesi, gelir düzeyi, hizmetin sunulacağı

hedef kitle ve ailenin bakımdaki rolüne göre şekil ve nitelik değiştirmektedir (Hekimler, 2017: 240).

1.1.3.2. Primsiz Sosyal Güvenlikte Bakım Sigortası

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde sosyal yardım ve sosyal hizmet uygulamaları genel vergilerle finanse edilen uygulamaları ifade etmektedir. 1980’li yıllardan sonra benimsenen neo-liberal politikalar doğrultusunda devlet sorumluluklarını sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler ile paylaşma yolunu tutmuştur. Dolayısıyla bakım sigortası uygulaması, primsiz rejimi benimseyen ülkelerde sosyal hizmet ve sosyal yardım şeklinde yerel yönetimler, kar amacı güden sivil toplum kuruluşları veya gönüllü kuruluşlar tarafından uygulanabilmektedir.

Bu anlayış doğrultusunda hizmet sunumu gerçekleştiren ülke uygulamaları mevcuttur. Örneğin Danimarka’da uzun süreli bakım hizmetini düzenleyen Sosyal Hizmetler Yasası son derece merkezi olmayan yapıya sahiptir ve belediyeler uzun vadeli bakımı şekillendirmek için kilit bir konumda yer almaktadır (WHO, 2019: 3). Birleşik Krallıkta bireylere kendi evleri de dahil olmak üzere çeşitli yerleşim ortamlarında uzun süreli bakım sağlanmaktadır. Bakım evleri özel sektör, gönüllü, hayır kurumları ve yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır (Bowes ve diğerleri, 2011).

1.1.3.3. Karma Sistem Olarak Bakım Sigortası

Primli ve primsiz modelin bir arada yürütüldüğü karma modelde bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçları işçi, işveren, emekli ve devlet memurlarının ücretlerinden primler yoluyla ve ülke genelinde toplanan vergiler ile karşılanmaktadır. Esasında her ülke bakım hizmetleri sunumunu gerçekleştirirken hem primli hem de primsiz modeli uygulamaktadır. Zira sosyal sigorta uygulaması olan ülkelerde bu sisteme dahil olmayanlar, faydalanamayan kişiler için vergilerle finansmanı sağlanan sosyal yardım uygulamaları hayat geçirilmektedir (Ayhan, 2014: 60).

1.1.3.4. Özel Bakım Sigortası

Uzun süreli bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinden birçok yönden farklıdır ve bireyleri sigorta kapsamı içinde sigortalanmaya hangi faktörün teşvik edebileceğini anlamaya çalışırken bu farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir. Hem resmi hem de gayri

resmi uzun süreli bakımın sağlanması önemli ölçüde yüksek maliyete neden olabilir. Bunun yanında kamusal veya özel olarak bu masrafları karşılayan bakım sigortası, bireylerin gelecekte uzun süreli bakım harcamalarından dolayı yoksullaşmasını engelleyecektir. Özel bakım sigortasının, gelecekteki yüksek maliyetleri karşılaması sigortalı bireylerin hem finansal refahını olumlu etkilemekte hem de rasyonel bir seçim olarak kabul edilmektedir (OECD, 2021: 22).

Özel bakım sigortası, özel sağlık primleri yoluyla finanse edilen sigorta planlarından oluşmaktadır. Örneğin poliçe sahibinin belirli bir sigorta poliçesi kapsamında sigorta poliçesi için ödemeyi kabul ettiği ödemeler; bu poliçede genellikle sigorta poliçesinin sigortalı bir kişiye tebliğ ettiği bir sözleşme bulunmaktadır.

Bu kapsamda özel bakım sigortası şu unsurları içerebilmektedir (OECD, 2020: 6):

- Hastalığa özel, toplu para, kritik hastalık, gelir düzeyindeki değişimler, geçici ve kalıcı sakatlık gibi sağlık unsurlarını içeren uzun vadeli bakım sigortası planları
- Bakım masraflarını ve bakım ödeneğini karşılamak için sübvans edilen uzun vadeli bakım sigortası planları

Geleneksel görüş, yüksek maliyetli ancak düşük olasılıklı doğası nedeniyle bakım hizmetlerinin sigortalanabilir bir risk olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte teorik tahminlerin aksine paradoksal gerçeklik özel bakım sigorta piyasasının tam teşekküllü piyasa ekonomilerinde bile oldukça az gelişmiş olduğunu göstermektedir. Özel bakım sigortasının az gelişmiş olmasından birkaç faktörün sorumlu olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle, hem temel karlılık hem de fiyat kabul edilebilirliği sunan optimal bir prim seviyesinin belirlenmesi, yalnızca sektör için ticari bir karar değil, aynı zamanda sosyal politika yapıcılar için de önemlidir. Ancak özel bakım sigortası pazarının olduğu çoğu toplumda emeklilik ya da çalışma döneminde prim tahmininde kritik zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu bağlamda uzun süreli bakım sigortasına ilişkin verilerin eksikliği aktüeryal analizin yapılmasını zorlaştırmaktadır (Alex Jingwei ve diğerleri, 2021: 1-2). Dünyadaki tüm ülkeler bakım sigortası sistemine sahip değildir. Zorunlu sosyal sigorta sistemi içerisinde bakım sigortası uygulamasının olmadığı ülkelerde, özel bakım sigortası bir birey için toplum veya aile bakımına güvenmek dışında tek alternatif olabilmektedir. Buna rağmen çoğu ülkede özel bakım sigortası satın alma oranı

düşüktür. Yıllık olarak ödenen prim miktarı yüksek değildir ve bakım sigortası çerçevesinden sunulan bakım hizmetleri için yapılan toplam kamu harcaması ile karşılaştırıldığında çok küçük bir miktardır (OECD, 2021: 23). Bu doğrultuda çoğu Avrupa ülkesinde, toplam bakım sigortası harcamalarının %2'sinden azı özel sigorta yoluyla finanse edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ise yaşlı nüfusun %10'unun özel bakım sigortası kapsamına dahil olmasıyla bu alanda en büyük pazara sahip ülkedir ancak harcamaların üçte biri hala cepten ödenmekte bu durumda düşük ve orta gelirli hanelerde ağır bir yük oluşturmaktadır (Alex Jingwei ve diğerleri, 2021: 4-5).

1.1.4. Bakım Sigortası Kapsamında Bakım Parası ve Diğer Uygulamalar

Bireyin farklı derecelerde bir başkasının fiziki desteğine ihtiyaç duymasıdır. Bakıma muhtaçlık derecesi arttıkça kişinin bakımı da o ölçüde zorlaşmaktadır (Seyyar, 2008: 45).

Bakıma muhtaçlık durumu bireyin günlük yaşam aktivitelerini başkasının desteği olmadan yerine getirememesi durumudur. Günlük yaşam aktivitelerini farklı derecelerde yerine getiremeyen bireylerin içinde bulundukları bu durum bakıma muhtaçlık derecesi ile ifade edilmektedir (Oğlak, 2007: 8).

Günlük yaşam aktiviteleri, temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinden oluşmaktadır. Temel günlük yaşam aktiviteleri bireyin günlük yaşantısında ihtiyaç duyduğu yemek yeme, banyo, yatağa girip çıkma, tuvalet gibi davranışlardan oluşmaktadır. Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ise bireyin toplum içerisinde özgür olarak yaşaması için ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden oluşmaktadır. Örneğin yemek hazırlamak, temizlik yapmak, çamaşır yıkamak, ilaç almak, alışveriş yapmak, para işlerini yönetmek, telefon/internet kullanmak (OECD, 2020: 6).

Bakım parası bakım muhtaç bireye, bakıcı aile üyelerine, bakımı gerçekleştiren kuruma, bakıcı personele bakım masraflarının giderilmesi ve profesyonel bakım hizmetlerinin sağlanması amacıyla ödenen aylık ödemedir. Bakım parası uygulamasının farklı türleri bulunmaktadır (Seyyar, 2015: 74):

- Paylaşımlı bakım ücreti, hem bakımı gerçekleştiren kuruma veya bakıcı personele hem de bakıma muhtaç bireye ödenen paradır.

- Dolaylı bakım ücreti, bakıma muhtaç kişinin bakım ihtiyacının giderilmesi için bakım merkezine ya da bakıcı personele devlet tarafından ödenen ücrettir.
- Dolaysız bakım ücreti, bakıma muhtaç olan bireye profesyonel düzeyde bakım hizmeti alabilmesi ya da bakım masraflarını karşılaması için devlet tarafından ödenen ücrettir.

1.2. Bakım Sigortası Gereksinimini Ortaya Çıkaran Nedenler

Bakıma muhtaçlık olgusu bilindiği üzere insanlık için son derece önemlidir. Zira insanlar yaşadıkları zaman boyunca ağırlıklı olarak yaşlandıkça ve hayatın olağan akışı içerisinde sürekli ya da geçici olarak bakıma muhtaç duruma düşebilir. Bu bağlamda insanlık tarihi boyunca bakımın sağlanması konusunda aileler önemli aktörler olarak görev almıştır. Ancak toplumların teknolojik olarak ilerlemesi, aile yapılarının değişmesi, kadınların çalışma hayatına girmesi, kariyer odaklı yaşam planları ile birlikte doğurganlık oranlarının düşmesi ve tıp teknolojisinin gelişmesi ile birlikte ortalama yaşam sürelerinin artması sonucunda toplumlar hızla yaşlanma sürecine girmektedir. Yaşlanan toplumların üreten işgücü hacmi azalma göstereceği için başta ekonomik olmak üzere birçok sorun ile karşılaşılması mümkündür. Bu sorunların en önemlilerinden birisi de kuşkusuz bakım sigortası ihtiyacıdır. Zira yaşlanan toplumların ve yaşlı nüfusa sahip toplumların bakıma muhtaçlık olgusu üzerinde durması, olası sosyo-ekonomik ve psikolojik sorunları önleyeceği kaçınılmaz olarak görülmektedir. Bu bağlamda bu başlık altında bakım sigortası ihtiyacını ortaya çıkaran faktörlere veya bakım sigortasının kurulmasını gerektirecek gelişmelere yer verilmektedir.

1.2.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfusun Artması

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Dünyadaki her ülke nüfusları içerisindeki yaşlı bireylerin sayısında ve oranında bir büyüme söz konusudur. Yaşlı insanların, kendilerinin ve toplumlarının iyileştirilmesi için hareket etme yetenekleri her düzeyde oluşturulacak politika ve programlara dahil edilmesi gerekmektedir ve kalkınmaya giderek daha fazla katkıda bulunan kişiler olarak görülmelidirler. Önümüzdeki yıllarda pek çok ülke artan yaşlı nüfus sebebiyle kamu sağlık hizmetleri, emekli maaşları ve sosyal koruma sistemleriyle ilgili olarak mali ve siyasi baskılarla karşı karşıya kalacaklardır (Nations, 2020).

Yaşlılar (65 yaş ve üstü) bugün dünyanın en hızlı büyüyen yaş grubunu oluşturmaktadır. Küresel olarak 2018’de ilk kez, yaşlıların sayısı beş yaşın altındaki çocukları geçmiştir ve 2050’de yaşlıların sayısı ergenleri ve gençleri (15 yaş ile 24 yaş arası) geçecektir. Avrupa ve Doğu Asya gibi bazı bölgeler yaşlı nüfuslarını desteklemek ve onların bakımını sağlamak konusunda önemli zorluklarla karşı karşıya kalacaktır. Bunun yanında ortalama yaşam süresi beklentisi de arttıkça yaşlıların toplumlarda ve ekonomilerde daha önemli roller alması beklenmektedir (Nations, 2019a).

Tablo 1: Toplam Yaşlı Nüfus Oranları (%)

Ülkeler	Toplam Nüfus (Milyon)	Toplam Yaşlı Nüfus Oranları (%)		
	2020	2000	2010	2020
Almanya	83.1	16,45	20,63	21,86
Japonya	125.7	17,37	23,02	28,79
Hollanda	17.4	13,58	15,45	19,64
İsrail	9.2	9,78	9,87	12,06
Danimarka	5.8	14,83	16,58	20,04
Avusturya	8.9	15,43	17,67	19,20
Birleşik Krallık	67	15,81	16,35	18,65
İsveç	10.3	17,26	18,28	20,06
Türkiye	83.3	6,74	7,12	9,30

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 15/12/2021

Tablo 1’e bakıldığında bazı ülkelerin belirli yıllardaki yaşlı nüfus oranları görülmektedir. 2000 yılından 2020 yılına kadar geçen 20 yıllık süreçte yaşlı nüfus oranları sürekli artış göstermiştir. Son yirmi yıllık süreçte yaşlı nüfus oranı en çok artan ülke %65 ile Japonya’dır. Japonya’yı sırasıyla %44 artış oranı ile Hollanda, %37 artış oranı ile Türkiye takip etmektedir. Yaşlı nüfus oranı artışı en az olan ülke ise %16 ile İsveçtir.

Son dönemlerde sağlık sektöründe hizmet sunumunun hızla büyümesi ile birlikte bakıma muhtaç olan kişiler bulundukları ortamdaki tedavide görme imkanına kavuşmuşlardır. Şüphesiz bu imkanların sağlanmasında tıp teknolojisindeki gelişmeler büyük rol oynamaktadır. Tıp teknolojisindeki yenilikler ile birlikte hastanede yürütülen bazı tedaviler evde de yürütülebilir hale getirilmiştir. Bu bağlamda solunum cihazlarının kullanılması, diyaliz uygulamaları gibi kimi tedavi yöntemleri hastane ortamı dışında bireyin evinde de uygulanabilmektedir. Bu gelişmeler hastaneler için önemli bir alternatif olmakla birlikte sağlık harcamalarında ciddi ölçüde maliyet tasarrufu sağlamaktadır (Oğlak, 2007: 42). Tıp teknolojisindeki gelişmeler bireyin hastanede harcadığı zamanı azaltarak daha kaliteli bir tedavi süreci geçirmesini sağlamaktadır. Bu doğrultuda hastalar ve doktorlar arasında kurulan elektronik haberleşme sistemi doktorun hastasının durumunu ve tedavi sürecini detaylı olarak incelemesini sağlamaktadır (Kıvanç Ekici ve Gümüş, 2016: 27).

Tıp teknolojisinin gelişmesi ile birlikte ortalama yaşam süreleri artmaktadır. Ortalama yaşam süresinin artması ve bunun yanında doğurganlık oranlarının düşmesi ile birlikte toplumlar yaşlanmaya başlamıştır. Tıp teknolojisindeki yeniliklerin yanında hayatın birçok alanındaki teknolojik gelişmeler insanların hayat standartlarını da yükseltmektedir (Selek Öz ve Balta, 2020: 70). Bu bağlamda hızla artan yaşlı nüfus için ortaya çıkabilecek olan bakım hizmeti ihtiyacı gözden kaçırılmamalıdır. Zira hızla yaşlanan toplumların sosyal güvenlik sistemlerinin uzun dönemde gelir-gider dengesini kaybetmesi kaçınılmazdır. Bu ve benzeri riskler göz önünde bulundurulduğunda yaşlanan toplumlarda bakım sigortasının kurulmasına ilişkin adımların atılması büyük önem taşımaktadır.

Son 50 yılda tüm OECD ülkelerinde de ortalama yaşam beklentisi artmıştır ancak son 10 yıldaki bu ilerleme yavaşlamış durumdadır. Ayrıca COVID-19 pandemisi 2020 yılında çoğu OECD ülkesinde ortalama yaşam beklentisinin azalmasına neden olmuştur. 2019'da OECD ülkeleri arasında doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 81 yıl iken, 1970'li yıllar ile kıyaslandığında 10 yıldan fazla bir artış söz konusudur. Ülkeler düzeyinde Japonya, İsviçre ve İspanya doğuştan beklenen yaşam süresinin 80 yılı aştığı 27 OECD ülkesinden oluşan büyük bir gruba liderlik yapmaktadır. ABD ve bazı Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin de aralarında bulunduğu ikinci bir grup 77 ile 80 yıl arasında bir yaşam beklentisine sahiptir. Meksika, Letonya, Litvanya,

Macaristan ve Kolombiya ise 2019’da 77 yıldan daha az olan en düşük yaşam beklentisine sahip ülkeler konumundadır. Bunun yanı sıra Türkiye, Kore ve Şili 1970 yılından beri ortalama yaşam süresi konusunda en büyük kazancı yaşayan ülkelerdir. Bu başarı da etkili olan faktörler ise daha güçlü, kaliteli ve erişilebilir sağlık sistemleridir (OECD, 2021a: 80).

Tablo 2: Doğuştan Beklenen Ortalama Yaşam Süreleri

Ülkeler	Doğuştan Beklenen Ortalama Yaşam Süresi			
	1999	2009	2019	2020
Almanya	77.9	80.3	81.4	81.1
Japonya	80.5	83.0	84.4	84.7
Hollanda	77.9	80.8	82.2	81.5
İsrail	78.5	81.5	82.9	82.8
Danimarka	76.6	79.0	81.5	81.6
Avusturya	78.0	80.4	82.0	81.3
Birleşik Krallık	77.5	80.4	81.4	80.4
İsveç	79.6	81.5	83.2	82.5
Türkiye	70.7	74.1	78.6	78.6*

Kaynak: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm#indicator-chart> * Türkiye’nin

2020 yılı verisi TÜİK’ten derlenmiştir. Erişim Tarihi 17/12/2021

Tablo 2’ye bakıldığında belirli ülkelerin 10’ar yıllık periyodlarla ortalama yaşam sürelerine yer verildiği görülmektedir. OECD ve TÜİK veri setleri içerisinde Türkiye’nin 2020 yılına ilişkin veri bilgisi bulunmamaktadır. Son 20 yıllık süreçte (1999-2019) ortalama yaşam sürelerinde artış söz konusudur. Ortalama yaşam süresi en çok artan ülke %11,17 ile Türkiye’dir. Daha sonra ortalama yaşam sürelerindeki artış oranları sırasıyla %6,39 ile Danimarka, %5,60 ile İsrail, %5,51 ile Hollanda gelmektedir. Son yirmi yıllık süreçte (1999-2019) ortalama yaşam süresi en az artış gösteren ülke %3,64 ile İsveç’tir.

Demografik yapıda gerçekleşen dönüşüm günümüzde çok ciddi bir sosyo-ekonomik ve siyasi sorun olarak kabul edilmektedir. Özellikle 2050 yılı itibarıyla işgücü piyasaları, finansal piyasalar, sosyal güvenlik sistemi ve insanların tasarruf gerçekleştirme

faaliyetlerinde yıkıcı etkilerin gerçekleşeceği ön görülmektedir. Bu nedenle başta yaşlılık tehlikesi olmak üzere ülkelerin demografik değişimin olumsuz etkilerinden korunmaları için nüfusu arttıracak politikalar geliştirilmeli, evlilik konusunda bireyler teşvik edilmeli, kadınların çalışma hayatına yönelik önyargıları ortadan kaldırılmalıdır. Ayrıca işgücü piyasalarındaki kaçak işgücü göçü sorunu ortadan kaldırılmalı ve emeklilik yaşı artırılarak, sosyal güvenlik sisteminde reformist politikaların üretilmesi gerekmektedir (Erol, 2016: 3). Bunun yanı sıra bireylerin eğitim süresinin uzaması, kadınların çalışma yaşamına atılması ve kariyer odaklı bir yaşam planı kurması doğurganlık oranlarını azaltan bir etki göstermektedir (Selek Öz ve Balta, 2020: 71).

Tablo 3: Toplam Nüfus ve Doğurganlık Oranları

Ülkeler	Toplam Nüfus (Milyon)	Toplam Doğurganlık Oranları			
	2020	1999	2009	2019	2020
Almanya	83.1	1.36	1.36	1.54	1.53
Japonya	125.7	1.34	1.37	1.36	1.33
Hollanda	17.4	1.65	1.79	1.57	1.55
İsrail	9.2	2.94	2.96	3.01	2.90
Danimarka	5.8	1.74	1.84	1.70	1.67
Avusturya	8.9	1.34	1.40	1.46	1.44
Birleşik Krallık	67	1.68	1.89	1.63	1.56
İsveç	10.4	1.50	1.94	1.70	1.66
Türkiye	83.3	2.48	2.10	1.88	1.76

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 18/12/2021

Tablo 3'e bakıldığında doğurganlık oranlarındaki değişimin 10'ar yıllık periyodlarla nasıl dönüşüm gerçekleştirdiği görülmektedir. Doğurganlık oranları en çok azalış gösteren ülkeler Türkiye ve Birleşik Krallık'tır. Türkiye'de son yirmi yılda doğurganlık oranı %29,03 oranında azalış göstermektedir. Birleşik Krallık'ta ise son yirmi yılda doğurganlık oranı %7,14 oranında azalış göstermektedir. Doğurganlık oranlarında en çok artış gösteren ülkeler arasında Almanya, İsveç ve Avusturya yer

almaktadır. Almanya son yirmi yılda doğurganlık oranında %12,49 oranında artış göstermiştir. İsveç ise son yirmi yılda doğurganlık oranında %10,66 oranında artış göstermiştir. Avusturya’da son yirmi yılda doğurganlık oranı %7,46 oranında artış göstermiştir. Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanana orta değişkenli projeksiyonda küresel doğurganlık, 2019’da kadın başına 2,5 doğumun biraz altındayken, 2050’de yaklaşık 2,2’ye ve 2100’de 1,9’a düşmesi beklenmektedir (Nations, 2019: 9).

Bakım sigortasına gereksinimi ortaya çıkaran faktörlerden bir diğeri ise yaşlı bağımlılık oranıdır. Yaşlı bağımlılık oranı, çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade etmektedir (TÜİK, 2020). Toplam nüfus içerisinde artan yaşlı birey sayısı aynı zamanda üreten ve çalışan nüfus üzerinde ekonomik yük oluşturabilmektedir. Bunun yanında birçok ülke sosyal politika düzenlemeleri ile ortaya çıkan sorunları gidermeyi hedeflemektedir (Selek Öz ve Balta, 2020: 72).

Tablo 4: Yaşlı Bağımlılık Oranları

Ülkeler	Yaşlı Bağımlılık Oranları (%)			
	1990	2000	2010	2020
Almanya	23,5	26,5	34,4	36,5
Japonya	19,3	27,3	38,9	52,0
Hollanda	20,6	21,9	25,3	34,3
İsrail	17,8	18,8	19,1	23,9
Danimarka	25,9	24,2	28,2	34,9
Avusturya	24,3	24,9	29,0	31,3
Birleşik Krallık	26,9	27,0	27,8	32,0
İsveç	30,9	29,5	31,2	35,9
Türkiye	9,4	11,4	12,3	15,2

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/old-age-dependency-ratio.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 18/12/2021

Tablo 4 incelendiğinde belirli ülkelerin yaşlı bağımlılık oranlarının 10’ar yıllık aralarla sunulduğu görülmektedir. Son 30 yıldaki (1990’dan 2020’ye) değişim oranlarına bakıldığında ciddi ölçüde artışlar söz konusudur. Son 30 yıl içerisinde yaşlı bağımlılık oranı en çok artan ülke %169,43 ile Japonya’dır. Türkiye’de ise yaşlı bağımlılık oranı

son 30 yılda %61,70 oranında artmıştır. Türkiye bu oran ile yaşlı bağımlılık oranı en çok artan üçüncü ülke konumundadır. Daha sonra ki artış oranları ise sırasıyla %66,50 ile Hollanda, %61,70 ile Türkiye, %55,31 ile Almanya gelmektedir. Son 30 yıllık süreçte yaşlı bağımlılık oranı en az artan ülke ise %16,18 ile İsveç'tir.

1.2.2. Aile Yapısının Değişmesi

Endüstri devrimi ile birlikte sanayileşme, ekonomik büyüme, teknolojinin getirdiği yenilikler gibi faktörler toplumsal yapıyı etkilemiştir. Daha açık bir ifadeyle aile kurumları geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına dönüşmeye başlamıştır. Dolayısıyla bu durum bakıma muhtaç olan bireylerin aile içerisindeki ve toplumsal düzeydeki statüsünün değişmesine neden olmuştur (Bulduk, 2014: 55). Daha yakın zamanlarda, bilim adamları ailelerdeki değişikliklerin sosyal ağlar, dil ve kültür temelli ağlar ve küresel iletişim ağları aracılığıyla aile yapıları hakkındaki yeni fikirlerin yayılmasından kaynaklandığını savunmaktadırlar. Sosyo-ekonomik gelişme ve düşünsel değişimin etkileşimi ile yönlendirilen ailelerdeki değişim fikri, kendisini dünyanın birçok toplumunda Batılı ailenin daha yüksek bir gelişme biçimi ile ilişkili olduğu fikri olan “gelişimsel idealizm” teorisinde göstermiştir. Bu teori Batı Avrupa'nın gelişim sürecinde ilerlerken geniş aile yapısından ağırlıklı olarak çekirdek aile yapısına geçtiği inancı benimsenmiştir (Pesando, 2019: 137).

Şüphesiz ki, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının artması, kadınların daha fazla iş hayatına katılmaları, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesi başka bir ifadeyle aile yapısının değişmesi/küçülmesi, boşanmaların artması ve tek ebeveynli aile hayatlarının çoğalması, doğurganlık oranlarının düşmesiyle çocuksuz ailelerin çoğalması aile fertlerinin bakım konusundaki görevlerinin azalmasına neden olmaktadır (Oğlak, 2017: 77). Sanayileşmiş çoğu ülkede nüfusun yaşlanmasına karşılık olarak uzun süreli bakım ihtiyacı da artmaktadır. Bu durumda özellikle akrabalar ve aile üyeleri bakım ihtiyacının giderilmesinde büyük bir rol üstlenmektedir (Christophe Courbage ve diğerleri, 2020: 1131).

Bakım hizmeti sunan aile bireyleri genellikle kendilerine vakit ayıramadıkları için sıklıkla sosyal izolasyon yaşamaktadırlar. Ayrıca işgücü piyasasına daha düşük katılım göstermeleri nedeniyle yoksulluk derinleşmekte ve bakım hizmetinin ekstra masrafları

ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda bireyler yüksek düzeyde sosyal dışlanma riski de taşımaktadırlar (Triantafillou ve diğerleri, 2010: 15).

Uluslararası karşılaştırmalar, daha güçlü aile ilişkilerine sahip ülkelerde bireylerin gayri resmi bakım sağlama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede Hollanda'da yakın zamanda yapılan bir araştırma, son yıllarda ailenin yaşlılıkta bakım sağlama konusunda devlet yerine daha fazla sorumluluk taşıdığı görüşü yaygınlık kazanmaya başlamıştır (Van Groenou ve diğerleri, 2016: 276). Bunun yanında bazı sosyologlar Güney Avrupa ülkelerinde güçlü aile bağlarının olduğunu vurgularken, Kuzey Avrupa ülkelerinin ise zayıf aile bağlarına sahip olduğunu vurgulamaktadır (Christophe Courbage ve diğerleri, 2020: 1132). Bu anlamda İspanya, Portekiz ve Polonya gibi ülkeler resmi olmayan bakıcılar tarafından sağlanan bakım hizmetinde en yüksek orana sahipken, resmi olmayan bakıcıların %50'sinden fazlasının haftada 20 saatten fazla hizmet verdiği bilinmekte ve Danimarka, Norveç gibi ülkelerde ise resmi olmayan bakıcıların sadece %9'u sözü edilen bakım saati kadar hizmet sunmaktadır (Moreno ve diğerleri, 2019: 10).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerindeki Artan Maliyetler

İnsanlar çeşitli gerekçelerle sağlık hizmeti almak zorunda kalabilir. Yaşlılık ve engellilik halleri sağlık hizmeti ihtiyacını artıran temel unsurların başında gelmektedir. Bunun yanında tedavi görmek isteyen bireyler içinde bulundukları hastalığın teknolojik destek gerektirmeksizin giderilebilmesine rağmen tedavilerini teknolojik olarak donanımlı hastanelerde sürdürmeleri sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine olan talep artmakta bu durum ile birlikte sağlık alanındaki maliyetler yükselişe geçmektedir. Bu çerçevede birçok ülke söz konusu sağlık hizmetlerinin artan maliyetine çözüm bulmak amacıyla kurum bakım hizmetlerinin yanı sıra evde bakım hizmetleri üzerine strateji ve politikalar üretmek için çabalamaktadır (Oğlak, 2007: 46).

Sağlık harcamalarındaki artan maliyetlere ilişkin istatistiki verilere Tablo 5'te ülkeler düzeyinde yer verilmektedir.

Tablo 5: Sağlık Harcamalarındaki Artan Maliyetler

Ülkeler	GSYİH içerisindeki Sağlık Harcamalarının Oranları (%)			
	1990	2000	2010	2019
Almanya	9,03	9,89	11,10	11,70
Japonya	5,76	7,15	9,16	11,04
Hollanda	6,99	7,71	10,15	10,16
İsrail	6,47	6,78	7,02	7,46
Danimarka	8,04	8,10	10,33	10,0
Avusturya	7,72	9,20	10,22	10,43
Birleşik Krallık	5,10	7,20	9,84	10,20
İsveç	7,15	7,33	8,32	10,92
Türkiye	2,45	4,60	5,02	4,34

Kaynak: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> Erişim Tarihi 20/12/2021

OECD'nin sağlık harcama verilerinin yer aldığı Tablo 5'te belirli ülkelerin GSYİH içerisindeki sağlık harcama oranlarına yer verilmiştir. 1990 ve 2019 yılları arasında GSYİH içerisindeki sağlık harcamalarına ayrılan oranların artış oranları farklılık göstermektedir. 29 yıllık süreçte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları oranı en çok artan ülke %99,99 ile Birleşik Krallıktır. Birleşik Krallığın ardından sağlık harcama oranı en çok artan ikinci ülke olarak %91,66 artış oranı ile Japonya gelmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış oranında üçüncü sırada ise %77,14 artış oranı ile Türkiye gelmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış oranı en az olan ülkeler ise %15,30 ile İsrail ve %24,37 ile Danimarka'dır.

Küresel düzeyde sağlık alanında yapılan harcama 2019'da toplam 8,5 trilyon dolara ulaşmıştır. Bu 2000 yılında harcanan 4,2 trilyon doların reel olarak iki katından fazladır. Sağlık harcamalarının yaklaşık %60'ı devlet kaynaklarından karşılanırken, %40'ı yerel ve özel kaynaklardan, %0,21'i ise dış yardım karşılanmıştır. Aynı dönemde küresel GSYİH %74 artarak 50 trilyon dolardan 86 trilyon dolara yükselmiştir. Sonuç olarak, sağlık harcamalarının küresel GSYİH içindeki payı %8,5'ten %9,8'e yükselmiştir

(WHO, 2021a: 2). TÜİK'ten elde edilen verilere göre ise Türkiye'de devlet tarafından karşılanan sağlık harcamalarının oranı 2020'de %79,2 iken özel sektörün sağlık harcamaları oranı %20,8'dir (TÜİK, 2021).

Gelişmişlik göstergelerine göre bakıldığında düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamaları temel olarak %44 oranıyla cepten ödemeler ve %29 oranıyla dış yardımlar ile finanse edilirken, yüksek gelirli ülkelerde %70 oranıyla hükümet harcamaları ile finanse edilmektedir. Hükümet harcamalarında sağlığın payı, üst-orta ve yüksek gelirli ülkelerde son yirmi yılda artmıştır, alt-orta gelirli ülkelerde duraklamıştır ve düşük gelirli ülkelerde ise 2000 ile 2011 yılları arasında düşmüştür. Bunun yanında düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık için yapılan dış yardımın ortalama üçte ikisi bulaşıcı hastalıklara giderken, hükümet sağlık harcamaları bulaşıcı hastalıklar arasında eşit olarak bölünmüştür (WHO, 2021a: 1). TÜİK'ten elde edilen verilere göre Türkiye'de cepten sağlık harcamalarının oranı 2020 yılında %16 seviyesindedir (TÜİK, 2021).

Sağlık harcamaları üzerinde etkili unsurlardan birisi de teknolojik ilerlemedir. OECD ülkelerinde gözlemlenen sağlık harcamalarının büyüme oranlarına literatürden ortalama bir değer uygulayarak (%35) teknolojik değişimin 1995-2015 yılları arasında sağlık harcamalarındaki yıllık büyümenin yaklaşık %1'ini oluşturacağı tahmin edilmektedir. Teknolojik ilerlemenin sağlık harcamasının artmasına yönelik etkisi, mevcut varsayım ve projeksiyonlar dikkate alındığında teknolojik değişimin 2030 yılına kadar sağlık harcamalarını yıllık %0,9 artıracığı düşünülmektedir (Marino ve Lorenzoni, 2019: 4).

BÖLÜM 2: BAKIM SİGORTASI UYGULAMASINA İLİŞKİN ÜLKE ÖRNEKLERİ

2.1. Bakım Sigortasına İlişkin Ülke Uygulamaları

Uzun süreli bakım hizmetleri ihtiyacı yeni bir olgu olmamasına rağmen, gelişmiş ülkeler yıllardır bu sorunu belirli bir sosyal risk olarak ele almamışlardır. 1940’li yıllarda çoğu OECD ülkesinde bakım sigortası ihtiyacı sosyal yardım odaklı kamu desteği ile bir aile sorumluluğu olarak görülmüştür (Österle ve Rothgang, 2010: 2). Bu doğrultuda 1980’ler ve 1990’lı yıllardan itibaren, OECD ülkelerinde bakım sigortası ihtiyacına yönelik farkındalık ve daha sistematik kapsam sağlama ihtiyacı artmaya başlamıştır. Devletler yeni veya daha önce genişletilmiş şemalar uygulama yolunu tutmuştur. Diğer ülkeler ise daha kapsamlı uzun süreli bakım programlarını uygulama yönünde çalışmalar yürütmüştür (Rothgang, 2010: 436).

Bakım sigortasının uygulanması ülkelerin içinde bulundukları birçok faktöre bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Kimi ülkelerde sosyal sigorta sistemi içerisinde uygulanırken, kimi ülkelerde vergi sistemine göre uygulanmaktadır. Bunun yanında bakım sigortasına ilişkin yapılan çalışmalarda hizmetlere ve yapılan desteklere göre ülkeler farklı sınıflandırmalara tabi tutulabilmektedir (Ayhan, 2014: 62). Bu çalışma içerisinde ülkeler bakım sigortasının uygulanma ve finansman yaklaşımına göre sınıflandırılmıştır.

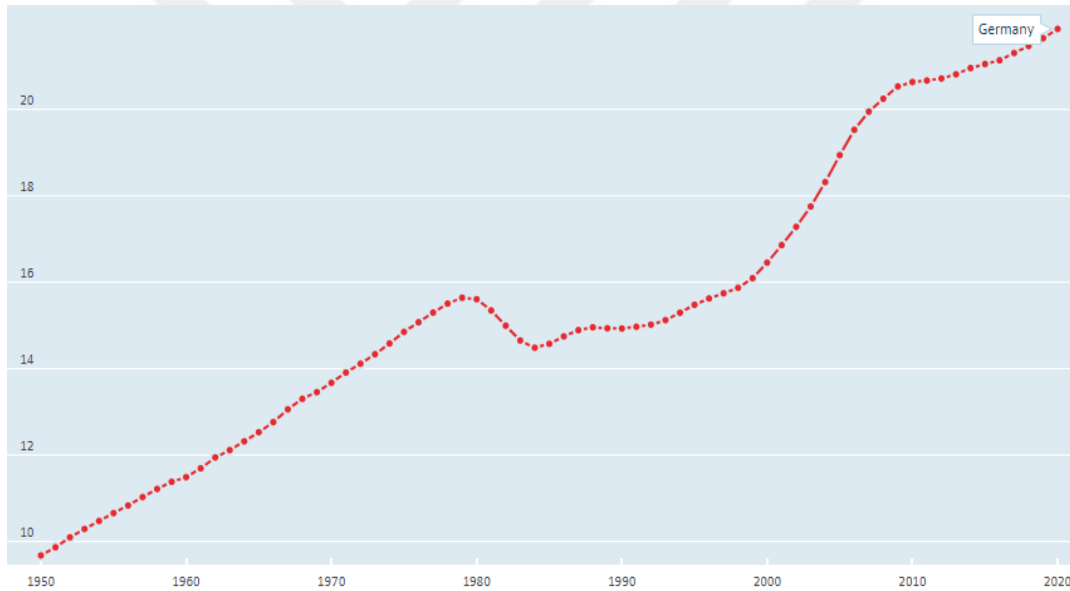
2.1.1. Primli Sistemi Benimseyen Ülkelerde Bakım Sigortası

Bu başlık altında bakım sigortası uygulamasını sosyal sigorta sistemi içerisinde yürüten ülke uygulamalarına yer verilmektedir.

2.1.1.1. Almanya

Federal Almanya İstatistik Ofisinden elde edilen verilere göre 2020 yılında Almanya’nın toplam nüfusu 83.1 milyondur. Almanya’da 2035 yılına kadar emeklilik yaşında oldukça fazla insan olması beklenmektedir. Federal İstatistik Ofisi (Destatis) ilk, orta vadeli nüfus projeksiyonlarının sonuçlarına göre 2020 ve 2035 yılları arasında 67 yaş ve üzerindeki kişi sayısının %22 artarak 20 milyona ulaşması beklenmektedir (DESTATİS, 2021). Bunun yanında toplam nüfusun 2025’te 83.4 milyon, 2050’de 82.6

milyon ve 2080’de 82 milyon olması beklenmektedir (Eurostat, 2021). Ortalama yaşam beklentisi 1990’da 77,2 iken 2020’de 81,1 seviyesine yükselmiştir. 30 yıllık bu süre zarfında ortalama yaşam beklentisi %5,05 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990’da 74,0 iken 2020’de 79’a yükselmiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990-2020 yılları arasında %6,75 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990’da 80,4 iken 2020’de 83,7’e yükselmiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi son 30 yıllık süreçte %4,10 artış göstermiştir (OECD, 2022a). 1990’da doğurganlık oranı 1.45 iken 2000’de 1.38’e düşmüş ve 2020’de 1.54’e yükselmiştir. Son 30 yılda doğurganlık oranı %6,20 artış göstermiştir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990’da %23,5 iken 2020’de %36,5’e yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı bağımlılık oranı %53.31 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025’te %41,4, 2050’de %58,1 ve 2075’te %63,1 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 1: Yıllar İtibariyle Almanya'nın Yaşlı Nüfus Oranı

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 05/01/2022

Yukarıdaki grafikte Almanya’nın 1950-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfus oranının dağılımı gösterilmektedir. Grafiğe bakıldığında yaşlı nüfus oranının 1950 yılından 1980’li yılların başına kadar sürekli yükseliş gösterdiği görülmektedir. Ancak 1980’li yılların ortalarında düşüş gerçekleşmiştir. Daha sonraki yıllarda yaşlı nüfus oranı tekrar yükselişe geçmiştir. 1990 yılında yaşlı nüfus oranı %14,9 iken 2020 yılında %21,9’a yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı nüfus oranı %46,97 artış göstermiştir. Bu çerçevede 2020 yılında Almanya’da yaşlı nüfus yaklaşık 18.1 milyondur (OECD, 2022).

Demografik faktörlerdeki değişimin yanında etkili olan unsurlardan birisi de sağlık harcamalarındaki artışlardır. Bu çerçevede Almanya’da GSYİH içerisindeki sağlık harcamalarının payı 1990’de %8,0 iken 2020’de %12,5’e yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süreçte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları %56,25 artış göstermiştir (OECD, 2022e). Bunun yanında 2019 yılı verilerine göre GSYİH içerisindeki uzun süreli bakım hizmetleri için yapılan harcamanın oranı %2,2’dir (OECD, 2021b: 269).

Bakım sigortası (Long-Term Care Insurance) programı, Almanya’nın kapsamlı sosyal güvenlik ağının ayrılmaz bir parçasıdır ve evrensel kamu haklarını ve gelir testi yapılmış sosyal yardımı kişisel ve ailevi sorumlulukla dengelemektedir ve derin bir temele dayanmaktadır. Bu bağlamda sosyal dayanışmanın önemi konusunda fikir birliğine varılmıştır. Bu yaklaşım, Bismarck’ın 19.yüzyılda dünyanın ilk büyük ölçekli sosyal güvenlik sistemini kurmasıyla ortaya çıkmıştır ve Almanya’nın çalkantılı tarihi ve rejim değişiklikleri boyunca varlığını sürdürmüştür. 1994 tarihli Bakım Sigortası Kanunu, 1883 tarihli Sağlık Sigortası Kanunları, 1884 tarihli Kaza Sigortası Kanunları, 1889 tarihli Malullük ve Yaşlılık Kanunları ve 1927 tarihli İşsizlik Sigortası Kanunlarını birleştirerek sistemin “beşinci ayağı” olmuştur. Bu sistem genel bir ifadeyle bağımlılıktan kaynaklanan fiziksel, psikolojik ve finansal yükleri azaltmayı ve çeşitli ihtiyaç seviyelerindeki bireyler için “temel” tedarik sağlamayı amaçlamaktadır. Bakım sigortası Almanya nüfusunun %89’unu kapsamaktadır. Kalan %11’in özel bakım sigortası satın alması ve herkes için teminat sağlaması gerekmektedir. Başlangıçtan bu yana büyük ölçüde değişmeyen program, 2008’de Hemşirelik Gelişim Yasası, 2014’te İlk Bakım Güçlendirme Yasası, 2015’te Uzun Süreli Bakımı Güçlendirmek İçin İkinci Yasa ve 2017’de Uzun Süreli Bakımı Güçlendirmek için Üçüncü Yasa ile önemli yasal reformlardan geçmiştir (Nadash ve diğerleri, 2018: 589).

1995 yılında yürürlüğe giren Bakım Sigortası kanunuyla vatandaşlar zorunlu olarak bakım sigortası kapsamına girmiştir. Sosyal bakım sigortasında kullandıkça öde ilkesi benimsenmiştir. Prim oranları ise çalışanların ve işverenlerin gelirlerinden eşit olarak finanse edilmektedir (Zuchandke ve diğerleri, 2012: 219). Bunun yanında çocukların ve çalışmayan evli eşlerin ekstra katkı payı ödmeden sistemden yararlanması da mümkündür (Arntz ve diğerleri, 2007: 4). Almanya’da bakım sigortasının sağladığı haklardan yararlanabilmek için öncelikle bakıma muhtaç olmak gerekmektedir. Söz konusu bakıma muhtaçlık durumu değişen şartlara göre güncellenmektedir. Genel

olarak bir bireyin bakım sigortasının sunduğu edimlerden yararlanabilmesi için günlük yaşam içerisinde devamlı olarak tekrar eden bakıma muhtaçlık doğuran durumların en az 6 ay sürmesi gerekmektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanmak için yalnızca yaşlı olmak yeterli gözükmemektedir. Bunun yanında hastalık veya engellilik durumları aranmaktadır. Bakıma farklı düzeylerde ve nedenlerle gereksinimler ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple Almanya’da bakım sigortası sistemi içerisinde bakıma muhtaçlığın yanında 3 adet bakım sınıfları oluşturulmuştur. 1.Bakım Sınıfı esas olarak bakıma muhtaç bireyleri ifade ederken, 2.Bakım Sınıfı ağır düzeyde bakıma muhtaçlık durumunu temsil etmektedir ve 3.Bakım Sınıfı ise çok ağır bakıma muhtaçlık durumunu ifade etmektedir. Sistem içerisindeki bireylerin hangi düzeyde bakıma muhtaç olduğunun tespiti uzman bireylerin hazırladığı raporlar doğrultusunda belirlenmektedir (Hekimler, 2017: 238-239). 2017’de bakıma muhtaçlığın kriterleri 5 seviye olarak güncellenmiştir.

Tablo 6: Almanya'da Bakıma Muhtaçlık Dereceleri

Bakıma Muhtaçlık Dereceleri	
Bakıma Muhtaçlık Derecesi 1	Bağımsızlığın az kısıtlanması
Bakıma Muhtaçlık Derecesi 2	Bağımsızlığın oldukça kısıtlanması
Bakıma Muhtaçlık Derecesi 3	Bağımsızlığın çok kısıtlanması
Bakıma Muhtaçlık Derecesi 4	Bağımsızlığın çok fazla kısıtlanması
Bakıma Muhtaçlık Derecesi 5	Bağımsızlığın aşırı kısıtlanması ve özel gereksinimlerin birleşimi

Kaynak: <http://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11421/25894/10.18037-ausbd.845822-1464612.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim Tarihi 07/01/2022

Bakım sigortası kurulduğunda prim oranı %1,7 olarak belirlenmiştir. Daha sonra 2002 yılında emeklilerde tam prim ile sisteme katkıda bulunmaya başlamıştır. 2005 yılında çocuksuz yetişkin bireyler için prim oranına %0,25 eklenmiştir. 2008 yılına gelindiğinde bakım sigortası prim oranı %1,95’e yükseltilmiştir. 2015 yılında ise bakım sigortası prim oranı %2,35 olarak belirlenmiştir. 2017’de ise bakım sigortası prim oranı %2,55’e yükseltilmiştir (Nadash ve diğerleri, 2018: 590). Son olarak 2019’da ise bakım sigortası prim oranı %3,05’e yükseltilmiştir ve çocuğu olmayanlar için %3,3 olarak belirlenmiştir (Almanya Federal Sağlık Bakanlığı, 2020: 25).

Bakım sigortası tıp uzmanları tarafından ihtiyacın onaylanması halinde sigortalının en az iki yıldır sistemde bulunması şartıyla hem evde bakım hem de bakım evinde bakım hizmetlerinden faydalanılması mümkündür (Zuchandke ve diğerleri, 2012: 221). Bunun yanında bireyin en az iki günlük yaşam aktivitelerinden ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerini minimum 6 ay boyunca yerine getirememesi şartları aranmaktadır (Geyer ve diğerleri, 2017: 398). Bunun yanında Almanya’da minimum 14 saat bakım hizmetini sunan aile bireyleri sosyal güvenlik sistemine de dahil edilmektedir (Selek Öz, 2010: 88).

Resmi bakım hizmetleri, hem kamu hem de özel sigorta üyelerine hizmet veren kar amacı gütmeyen özel ve kar amacı güden özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Rothgang, 2010: 440). Genel olarak profesyonel olmayan aile bireyleri tarafından sağlanan resmi olmayan bakım ve profesyonel sağlık hizmetleri tarafından sağlanan resmi bakım hizmetleri bulunmaktadır. Resmi olmayan bakım yardımları nakit transferi olarak verilirken, resmi bakım aynı transfer olarak organize edilmektedir. Aynı yardımların tutarı 468 Euro ile 1612 Euro arasında değişmektedir ve doğrudan hizmet sağlayıcıya verilmektedir. 2015 yılı verilerine göre gayri resmi bakım için aylık nakit yardımlar 244 Euro ile 728 Euro arasında değişmektedir (Geyer ve diğerleri, 2017: 398). Bakıma muhtaç bireylere yönelik olarak 2017’den itibaren sunulan maddi destek tutarları da güncellenmiştir.

Tablo 7: Almanya’da Bakım Parası İstatistikleri

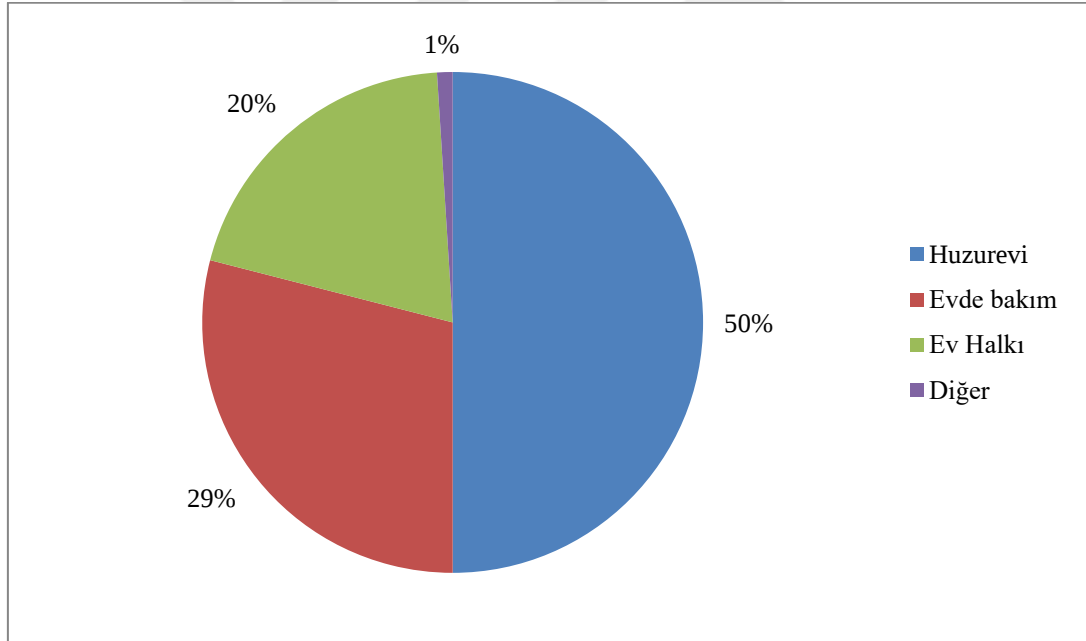
Bakıma muhtaçlık derecesi	Bakım parası	Aynı hizmet	Destek Tutarı
1			125,00 €
2	316,00 €	689,00 €	125,00 €
3	545,00 €	1.298,00 €	125,00 €
4	728,00 €	1.612,00 €	125,00 €
5	901,00 €	1.995,00 €	125,00 €

Kaynak: https://www.muenchen.info/soz/pdf/LHM_Pflege_angehoeriger_tuerkisch.pdf Erişim Tarihi 07/01/2022

Bakıma muhtaçlık derecelerine bakıldığında 1.düzeyde yalnızca 125,00 Euro destek yapılmaktadır. Bakım sorumluluğunu üstlenen bireylerin yüklerini hafifletmek için

bakım masrafları ve günlük yaşamsal faaliyetleri destekleyen hizmetlerde kullanılmalıdır (Yakınların Yardımı , 2020).

Almanya’da bakım sigortasının hayata geçirilmesinin ardında çok çeşitli hedefler bulunmaktadır. Politik açıdan bakıldığında, yeni zorunlu sosyal bakım sigortasının belediyelerin sosyal yardım programı kapsamında yaptığı harcamaların artışını durdurmayı amaçlamaktadır. Bunun yanında sosyal yardım ile bakım riski kapsamının gerekli ayrımının kurulan bakım sigortası ile sağlanacağına inanılmaktadır. Ayrıca, Almanya hükümeti bakım riskini varoluşsal bir risk olarak kabul etmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda Almanya, tüm nüfusu kronik hastalık ve engelliğin mali risklerine karşı korumak, rekabetçi bir piyasa ortamında bakım hizmetleri için gerekli altyapının geliştirilmesini sağlamak, ayakta bakımın kalitesini artırmak, resmi olmayan bakım hizmetleri için yerel kaynakları harekete geçirmeyi amaçlamaktadır (Zuchandke ve diğerleri, 2012: 215).



Grafik 2: Almanya'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Harcamaları, 2019

Kaynak: OECD Health Statistics.2021 [Long-term care spending and unit costs | Health at a Glance](#)
2021 : [OECD Indicators | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](#) Erişim Tarihi 08/01/2022

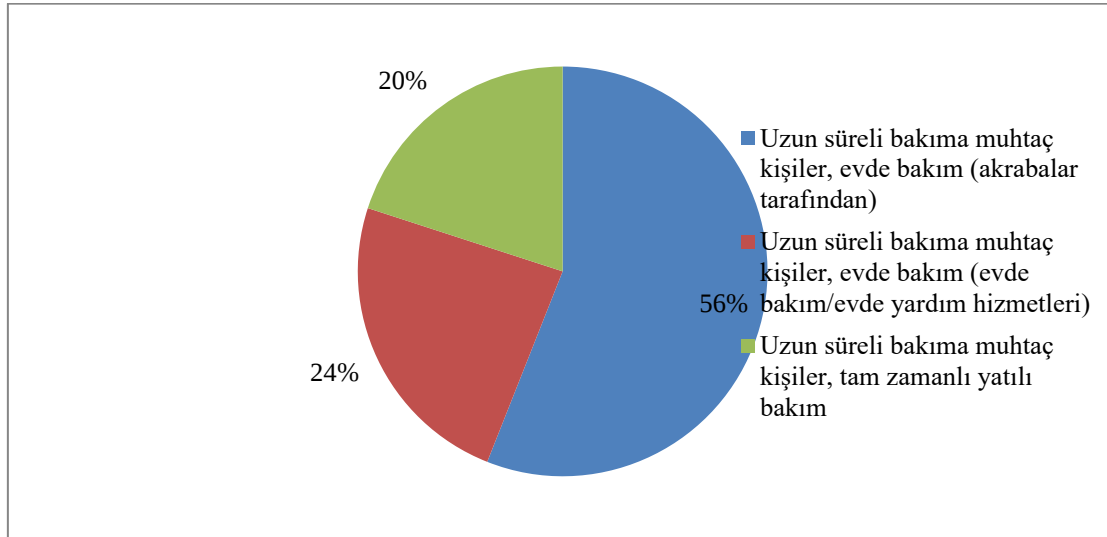
OECD’den elde edilen verilere göre Almanya’da 2019 yılında bakım hizmeti sunan kuruluşlara göre uzun süreli bakım harcamalarında en yüksek orana %50 ile huzur evleri sahiptir. Uzun süreli kurum bakım harcamaları içerisinde hastane kurumunun yer alması dikkat çekmektedir.

Tablo 8: Almanya'da Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Bakıma Muhtaç Kişi Sayısı, 2019

Yaş	Bakıma Muhtaç Kişi Sayısı (Milyon ve Bin)		
	Toplam	Erkek	Kadın
Tüm Yaş Grupları	4.127.605	1.555.497	2.572.108
75 yaş altı	1.323.750	677.698	646.052
75 ile 85 yaş arası	1.402.556	509.127	893.429
85 ile 90 yaş arası	773.091	225.949	547.142
90 yaş ve üzeri	628.208	142.723	485.485

Kaynak: [Persons in need of care number and quota e.g. by region \(gbe-bund.de\)](https://www.gbe-bund.de) Erişim Tarihi 10/01/2022

Tablo 6'da 2019 yılında tüm yaş gruplarına göre bakıma muhtaç kadın sayısı %62,37 iken bakıma muhtaç erkek sayısı %37,68'dir. Başka bir ifadeyle tüm yaş gruplarında bakıma muhtaç kadın sayısı, bakıma muhtaç erkek sayısından yaklaşık 1,65 kat daha fazladır. Bakıma muhtaç bireylerin %66,04'ü 75 yaş altı bakıma muhtaç bireyler ile 75-85 yaş arası bakıma muhtaç bireylerden oluşmaktadır.



Grafik 3: Bakım Türüne Göre Uzun Süreli Bakıma Muhtaç Kişiler

Kaynak: [4.1 million people in need of long-term care at the end of 2019 - German Federal Statistical Office \(destatis.de\)](https://www.destatis.de) Erişim Tarihi 10/01/2022

Grafik 3’de Almanya’da 2019 yılında bakım türüne göre uzun süreli bakıma muhtaç olan bireylerin sayısına yer verilmektedir. Görüldüğü üzere bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçları %56 oranıyla aileler ve akrabalar tarafından sağlanmaktadır.

Tablo 9: Yıllar İtibariyle Almanya’da Uzun Süreli Bakıma İhtiyacı Olan İnsan Sayısı

Yıllar	Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan insanlar(milyon)
1999	2.02
2001	2.04
2003	2.08
2005	2.13
2007	2.25
2009	2.34
2011	2.5
2013	2.63
2015	2.86
2017	3.41
2019	4.13

Kaynak: People in need of long-term care - German Federal Statistical Office (destatis.de) Erişim Tarihi 10/01/2022

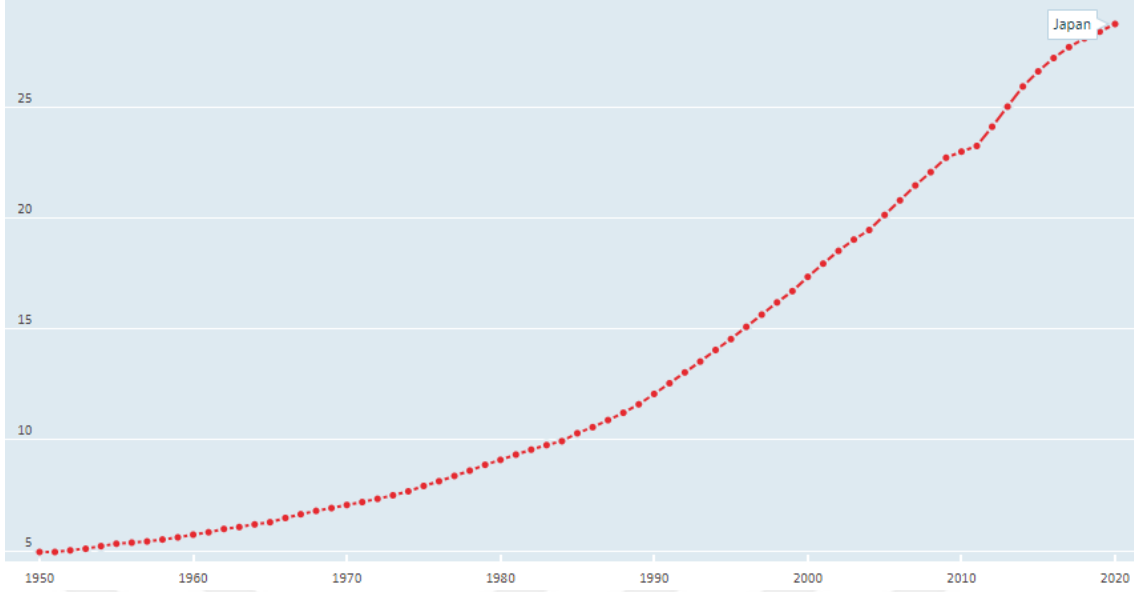
Tablo 9’da Almanya Federal İstatistik Ofisi (Destatis) Aralık 2017’de uzun süreli bakıma muhtaç insan sayısının 3.41 milyona ulaştığını bildirmektedir. Yine Federal İstatistik Ofisi 2019’da bakıma muhtaç birey sayısının 4,13 milyona ulaştığını ifade etmektedir. 2017’den 2019’a bakıma muhtaç birey sayısı %21 artış göstermiştir. Makro düzeyde 20 yıllık süreçteki değişime bakıldığında (1999’dan 2019’a) bakıma muhtaç birey sayısı %104 artış göstermiştir. Başka bir ifadeyle Almanya’da son 20 yılda bakıma muhtaç birey sayısı 2 kat artış göstermiştir.

Almanya’daki bakım sigortasının güçlü ve zayıf yönleri de mevcuttur. Bu bağlamda sistemin belki de en önemli başarısı uzun süreli bakımın artık ihmal edilebilir bir risk olarak değil, sosyal koruma gerektiren bir toplumsal risk olarak görülmesidir. Bunun

yanında bakım sigortasına yönelik yapılan kamu harcamalarının artması ile birlikte resmi bakım sağlayan sektörlerin kapasitesi genişlemiştir. Doğal olarak kayıt dışı bakım hizmetlerinden kaynaklanabilecek bakım yoksunluğunun önlenmesi sağlanabilecektir. Yapılan çalışmalarda aile bakıcılığının düştüğü ve gelecekteki bakım düzenlemeleri için endişe yarattığı ifade edilmektedir. Bu doğrultuda bazı gönüllü çalışmalar ile birlikte resmi olmayan bakıma ve resmi bakıma dayalı karma bakım hizmetleri düzenlenmeli ve uygulanmalıdır. Son olarak sürdürülebilir finansman açısından sistemde son 10 yılda açık verilmiştir. Bu doğrultuda gelecekte ya katkı oranı önemli ölçüde artırılmalı ya da ek finansman kaynakları bulunmalıdır (Rothgang, 2010: 447-448).

2.1.1.2. Japonya

Japonya'nın 2020 yılı verilerine göre toplam nüfusu 125.7 milyondur (OECD, 2022c). Japonya dünyadaki diğer ülkelerde olduğu gibi demografik değişim gösteren ülkelerden biridir. 1990 yılında doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 78,9 yaş iken 2020'de 84,7'ye yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süreçte ortalama yaşam beklentisi %7,85 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990'da 75,9 iken 2020'de 81,6'ya yükselmiştir. Son 30 yılda erkeklerde ortalama yaşam beklentisi %7,50 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990'da 81,9 iken 2020'de 87,7'ye yükselmiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 30 yıllık süreçte %7,08 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı 1990'da 1.54 iken 2020'de 1.36'ya düşmüştür. Son 30 yılda doğurganlık oranı %11,68 azalış göstermiştir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990 yılında %19,3 iken 2020 yılında %52'ye yükselmiştir. 30 yıllık süreçte yaşlı bağımlılık oranı Japonya'da %169,43 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %54,4, 2050'de %80,7 ve 2075'te %75,3 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 4: Yıllar İtibariyle Japonya'nın Yaşlı Nüfus Oranı

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 12/01/2022

Yukarıdaki grafiğe bakıldığında Japonya'nın yaşlı nüfus oranı 1950 yılından 2020 yılında kadar sürekli yükseliş göstermektedir. 1990'da yaşlı nüfus oranı %12,1 iken 2020'de %28,8'e yükselmiştir. Son 30 yıllık süreçte yaşlı nüfus oranı %138 artış göstermiştir. Bu doğrultuda yaşlı nüfus 2020'de yaklaşık 33,3 milyondur. Bu artış oranı ile Japonya dünyada yaşlı nüfusu hızla artan ülke konumundadır (OECD, 2022).

Demografik değişimin yanında uzun süreli bakım hizmetleri için önemli göstergelerden birisi de sağlık harcamalarıdır. Bu kapsamda GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları oranı 1990'da %5,8 iken 2019'da %11'e yükselmiştir. Bu süreçte GSYİH içerisinde sağlık harcamalarının payı %89,65 artış göstermiştir (OECD, 2022e). Sağlık harcamalarının yanı sıra GSYİH içerisindeki uzun süreli bakım hizmetlerinin oranı 2019 yılı verilerine göre %2'dir (OECD, 2021b: 269).

Japon kültüründe yaşlılara büyük önem verilmektedir. Yaşlıların bakıma muhtaç duruma düşmesi durumunda aile öncelikli sorumluluğa sahip olmaktadır. Bu bağlamda Japonya'da bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin bakımı aile bireyleri ve özellikle gelinler tarafından sağlanmaktadır. Bakım sürecinin uzun olması maddi ve manevi olarak aile bireylerini olumsuz etkilemektedir (Seyyar ve Oğlak, 2005: 744). Bunun yanında aile bireylerinden bakım hizmeti alamayan yaşlılar ve bakım hizmetini hastanede alan yaşlıların artması ile birlikte devletin maliyet yükü de artmaya başlamıştır. Bu

doğrultuda 1989 yılında yaşlıların bakımı için çıkarılan Altın Plan uygulaması hayata geçirilmiştir (Oğlak, 2007: 116). Ancak Altın Plan uygulaması ile harcamaların azaltılması yönündeki hedef gerçekleştirilememiştir. 1990'ların ortalarında Sağlık ve Refah Bakanlığı, bu sorunlarla başa çıkmak için sosyal sigorta aracılığıyla uzun süreli bakım sağlamak için sistematik bir plan geliştirmiştir (Tamiya ve diğerleri, 2011: 1184).

2000 yılında Bakım Sigortası Yasası (Kaigo Hoken) yürürlüğe girmiştir. Kaigo Hoken, bakım sigortası anlamına gelmektedir. Ancak zorunlu uzun süreli bakım sigortası daha bilgilendirici bir başlık niteliği taşımaktadır. Amacı, bakımın sosyalleştirilmesidir. Hükümetin vatandaşlarının gelir düzeylerine veya resmi olmayan bakımın mevcudiyetine bakmaksızın herkese bir hak olarak bakım hizmeti sağlamasıdır. Yarıyı vergilerle finanse edilse de, bir sosyal sigorta sistemi olarak çalışmaktadır (Tamiya ve diğerleri, 2011: 1185).

Japonya'nın uzun vadeli bakım sigortası programı, aile bireylerine ödeme yapmak yerine görevlerinin bir kısmını üstlenerek yardımcı olmaktadır. Bakım sigortası yürürlüğe girmeden önce bir nakit yardım yapılması konusunda öneri yapılmıştır. Ancak kadın grupları, nakit yardımı ile hane gelirini artırmanın çoğunlukla kadın olan bakıcıların üzerindeki yükü hafifletmeyeceğini savunmuşlardır. Yalnızca resmi hizmetlerin doğrudan sağlanmasının aileler üzerindeki yükte gerçek bir fark yaratacağı iddia edilmektedir. Buna göre evde bakım yardımı, yetişkin gündüz bakımı, geçici bakım hizmetleri, hemşire ve teknolojik yardımcı cihazların kullanımı gibi hizmetlerin sunulmasının daha etkili olacağına inanılmaktadır (Campbell ve diğerleri, 2010: 91-92). Japon bakım sigortası bakım hizmetlerini yalnızca aile bireylerinin sorumluluğuna bırakmamakta aksine tüm toplum tarafından desteklenmesi gerektiği yönünde bir anlayışa göre şekillenmiştir.

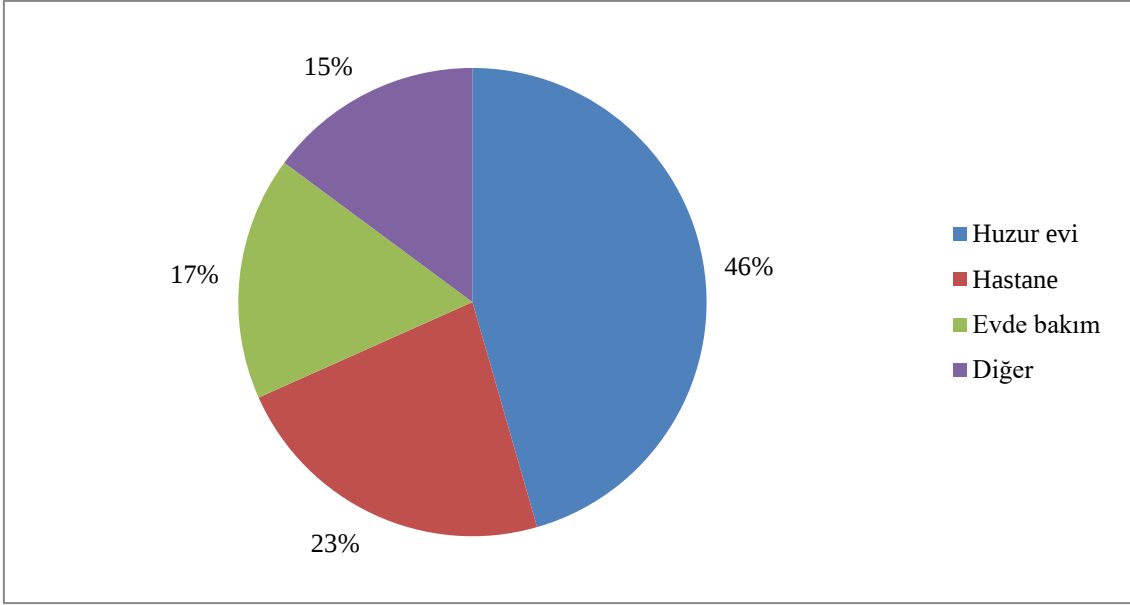
Bakım sigortasının finansmanı vergiler ve zorunlu sigorta primleri ile sağlanmaktadır. Primlerin %50'si vergiler ile finanse edilmektedir ve bu sistem yerel yönetimler tarafından yönetilmektedir. Diğer %50'lik kısım ise 40 yaşın üzerindeki bireyler ve işveren tarafından ortaklaşa ödenmektedir (Corre, 2012: 54). Bu sistem kapsamında 40 yaş ve üstündeki çalışan bireylerden, mevcut ücretlerinin %0,9 oranında, emekli aylığı alan bireylerden ise mevcut aylıklarına göre standart prime ulaşmak için %0,5 ile %1,5 arasında beş farklı prim oranı alınmaktadır. Bunun yanında bakım sigortasından

yararlanan bireylerden, bakım masrafının %10'u katkı payı olarak geri alınmaktadır (Ağören, 2017: 17). Başka bir ifadeyle bakım sigortası hizmetlerinden yararlananlar hizmet giderlerinin %10'una katılım sağlamaktadırlar ve kalan %90 ise kamu harcamaları (vergiler yoluyla) ve bakım sigortası primlerinden karşılanmaktadır (Tanaka, 2016: 99). 2006'da bakım sigortasının finansmanındaki kriz nedeniyle 40 yaş üzerindeki kişilerden alınan prim 20 yaş ve üzerindeki nüfusa indirilmiştir. Bu durum sosyal güvenlik sisteminde finansal dengesizlik olduğunun açık bir göstergesidir (Corre, 2012: 55).

Bakıma muhtaç birey olarak değerlendirilmek için en az 6 ay bakıma muhtaç olmak gerekmektedir. Bakım hizmetinin sunulması ile birlikte her 3-6 ayda tekrar değerlendirme sürecine girilmektedir. Bu değerlendirmeler belirlenen ulusal standartlara göre yapılmaktadır. Kriterler arasında günlük yaşam aktiviteleri olmak üzere 85 maddelik formlar kullanılmaktadır. Bu süreç sonunda bireyler kendilerine uygun olarak görülen 6 bakıma muhtaçlık düzeyinden herhangi birindeki hizmet ve haklardan yararlanabileceği ifade edilmektedir (Seyyar ve Oğlak, 2005: 748).

Bakım hizmetinden faydalanacak olan bireylerin birey ihtiyaçlarının programlanması ve planlanması sürecinde yasa kapsamında bakım yöneticileri yer almaktadır. Bakım yöneticilerinin başlıca görevleri, yaşlılara yönelik bakım hizmetlerini koordine etmek ve aile bakıcıları için bir sosyal destek kaynağı sağlamaktır. Bakım yöneticilerinin belirli bir sağlık veya sosyal yardım kurumlarında en az 5 yıllık iş deneyimine sahip olmaları gerekmektedir (Yamada ve diğerleri, 2009: 74).

Bakım sigortası kapsamında evde bakım hizmetleri de sunulmaktadır. Evde bakım hizmetleri, faydalanacak olan bireylerin evde kaldıkları süre boyunca alabilecekleri evde yardım hizmetlerinden oluşmaktadır. Toplum temelli hizmetler ise, gerekli bakım düzeyine göre toplum içerisindeki küçük ölçekli bir kurum veya kuruluşta gündüz ikamet etmenin temel faaliyetini "bakım ziyareti" ve "geçici kalma" ile birleştiren kendi kendine destek hizmetlerini ifade etmektedir. Kurumsal bakım hizmetleri, bir bakım sigortası yararlanıcısının bir huzurevinde veya hastanede alabileceği hizmetlerden oluşmaktadır (Tanaka, 2016: 99-100).



Grafik 5: Japonya'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Sunan Kurumların Harcamaları, 2019

Kaynak: OECD Health Statistics 2021. [Long-term care spending and unit costs | Health at a Glance 2021](#)
: OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org) Erişim Tarihi 15/01/2022

Japonya’da kurumsal bakım hizmeti sunan kurumların 2019 yılındaki harcamalarına bakıldığında en yüksek orana sahip kurum %46 ile huzur evleridir.

Japonya ve Almanya, uzun süreli bakıma yapılan toplam harcama açısından yüksek harcama rakamlarına sahiptir. 2015-2017 döneminde bu harcamalar artış göstermiştir (OECD, 2020: 10). Bunun yanında Japonya’da 2025 yılına kadar bakım hizmetleri harcamalarının 9 trilyon Yen ve 15,7 trilyon Yen arasında olacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2020: 12).

Bakım hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren bireylerin eğitim düzeyi de bakım sigortası uygulamasındaki önemli unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir. OECD’nin verilerine göre Japonya’da 2016 yılında bakım hizmeti sunan bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında % 59’u orta eğitim seviyesinde iken, % 37’si yüksek eğitim ve %4’ü düşük eğitim seviyesine sahiptir (OECD, 2021b: 265).

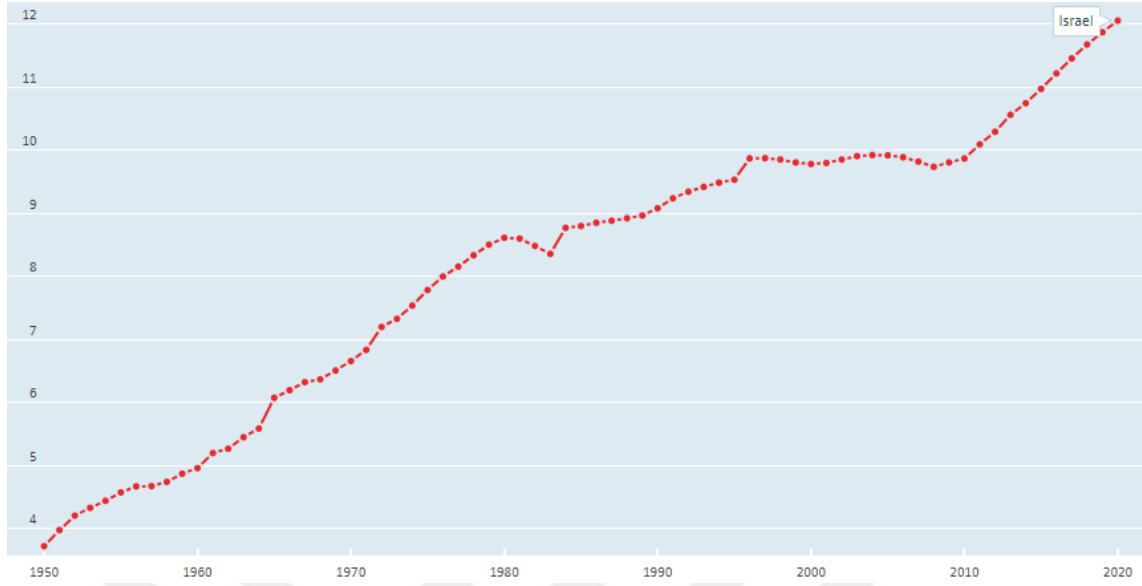
Bakım sigortası uygulamasında çeşitli eksiklikler ve eleştirel yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu doğrultuda Japonya, artan sayıda kendi evlerinde uzun süreli bakım alan, dünyadaki en yaşlı nüfus oranına sahip ülkedir. Yeterli sayıda evde tıbbi bakım için kliniklerin ve evde hemşire hizmetleri sayısının artırılması şarttır. Ancak son zamanlarda bu kurum sayısındaki artışa rağmen, hemşire personel sayısının artırılması

şu anda Japonya'nın bu alanda karşılaştığı en büyük sorun olarak görülmektedir (Fukuyama ve diğerleri, 2022: 50).

Kapsamlı bir uzun süreli bakım sistemi kurmanın ve bakım ihtiyacını verimli bir şekilde gidermenin tüm sorunları çözeceği düşünülmemektedir. Tıbbi bakım ve uzun süreli bakım arasındaki hizmetlerin koordine edilmesinde eksiklik olduğu düşünülmektedir. Çözülmemiş en büyük sorun ise aşırı kurumsallaşma olarak görülmektedir. Dünyadaki bakım ihtiyacının ve sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Campbell ve diğerleri, 2010: 93).

2.1.1.3. İsrail

2020 yılı verilerine göre İsrail'in nüfusu 9.2 milyondur (OECD, 2022c). Yaş gruplarına göre 85 yaş ve üzeri nüfus içindeki payı 2000 yılında %9 iken 2010 yılında %10,8'e yükselmiştir. Aynı dönemde bakım sigortası uygulamalarından yararlananların sayısı %33,2'den %36,9'a kadar yükselmiştir (Asiskovitch, 2013: 7). Ortalama yaşam beklentisi 1990'da 76,7 iken 2020'de 82,8'e yükselmiştir. Son 30 yılda ortalama yaşam beklentisi %7,95 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990'da 74,9 iken 2020'de 80,7'e yükselmiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 30 yılda %7,74 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990'da 78,4 iken 2020'de 84,8'e yükselmiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi son 30 yılda %8,16 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı 1990'da 3.02 iken, 2000 yılında 2.95'e düşmüştür ve 2010'da 3.03'e yükselmiş ve 2020'de 3.01 seviyesine gerilemiştir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990'da %17,8 iken 2020'de %23,9'a yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süre zarfında yaşlı bağımlılık oranı %34,26 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %25,2, 2050'de %31,3 ve 2075'te %39,4 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 6: Yıllar İtibariyle İsrail'de Yaşlı Nüfus Oranları

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 18/01/2022

Yukarıdaki grafikte İsrail'in 1950-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfus oranının dağılımına yer verilmektedir. 1950 yılından 1980'li yılların başına kadar yaşlı nüfus oranı artarken 1980'li yılların ortasında yaşlı nüfus oranında düşüş görülmektedir. Daha sonraki yıllarda ise yaşlı nüfus oranı yükselişe geçmiştir. 1990'da yaşlı nüfus oranı %9,1 iken 2020'de %12,1'e yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı nüfus oranı %32,96 artış göstermiştir. Bu çerçevede 2020 yılında İsrail'deki taşı nüfus yaklaşık 1,1 milyondur (OECD, 2022).

Sağlık harcamalarındaki artışlarında uzun süreli bakım politikalarının gerekliliği üzerinde etkili olduğu söylenebilmektedir. İsrail'in 1990'da GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları oranı %6,47 iken 2020'de %7,46'ya yükselmiştir. 1990-2019 yıllarında GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları %15,30 oranında artış göstermiştir (OECD, 2022e). Bunun yanında 2019 yılı verilerine göre GSYİH içerisindeki uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları %0,4 seviyesindedir (OECD, 2021b: 269).

İsrail'de bakım sigortası 1980 yılında Ulusal Sigorta Yasası çerçevesinde çıkarılmıştır ve Nisan 1988'de yürürlüğe girmiştir. Uzun süreli bakım sigortası, yaşlıların günlük işlerini veya gözetimi için yardıma ihtiyaç duyanlara kişisel bakım sağlayarak ve bu sayede yaşlıların bakımını üstlenen ailelere yardımcı olarak toplum içinde mümkün

olduğu kadar uzun süre yaşamalarını sağlamayı amaçlamaktadır (National Insurance Institute Of Israel, 2016: 1). Yasa yaşlıların yerinde yaşlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır ve bu nedenle, yardımlar yalnızca toplulukta, evlerinde oturanlara verilmektedir. Bu bağlamda, korunaklı konutlarda yaşayan kişiler, topluluk içinde yaşayan ve ayrıca bakım yardımları almaya hak kazanan kişiler olarak kabul edilmektedir (Lecovich, 2012: 87).

Yerinde yaşlanma, hem yaşlı yetişkinler hem de politika yapımcılar tarafından tercih edilen bir seçenektir. Yaşlı kişiler evlerinde ve toplumlarında uzun süreli bakım hizmeti almayı tercih etmektedirler. Politika yapımcılar, uzun vadeli kurumsal bakıma kıyasla daha ucuz olduğu düşünüldüğü için bu seçeneği tercih etmektedir. Bu nedenle yerinde yaşlanma, İsrail’de yaşlanma politikasının temel bir bileşenidir. Bu politika 1986’da çıkarılan ve 1988’de uygulanan topluma dayalı uzun süreli bakım yasasında iyi bir şekilde tanımlanmıştır (Lecovich, 2012: 79).

Söz konusu kanun başlangıçta işçi ve işverenlerin ödeyecekleri bakım sigortası prim oranını %0.1 olarak belirlemiştir. Ancak daha sonra işverenin üzerindeki işçilik maliyetlerinin artma ihtimali gerekçe gösterilerek işveren primi %0.06’ya düşürülmüş, geriye kalan %0.04’lük kısmı devlet üstlenerek sisteme dahil olmuştur. İşçilerin ödeyecekleri prim oranı ise %0.1’de kalmıştır (Oğlak, 2007: 110). Topluma dayalı bakım sigortası kanunun sunduğu haklardan yararlanmak için bazı şartları taşımak gerekmektedir. İlk olarak resmi emeklilik yaşını sağlamak gerekmektedir. Bu yaş kadınlarda 64 erkeklerde 67’dir. Yararlanıcıların İsrail vatandaşı olması ve İsrail’de yaşıyor olması gerekmektedir. Bunun yanında gelir testi şartı da aranmaktadır (Lecovich, 2012: 81).

Bir topluluğun yaşlı yetişkin bireyleri için bakım yükü öncelikle aile üyelerine genellikle çocuklar ve eş ve bazı toplumlarda geline düşmektedir. Bu bağlamda İsrail’de yaşlıların evde yaşlanma olgusuna büyük önem verilmektedir. Toplumdaki bakıma muhtaç yaşlı yetişkin bireyler için sağlanan ortak hizmet olan yetişkin gündüz bakım merkezleri (Adult Day Care Centers), Ulusal Sigorta Enstitüsü’nün uzun vadeli bakım sigortası yasası tarafından finanse edilmektedir (Vitman ve Khalaila, 2022: 1-2).

Bakım hizmetlerinin sunumunda yerel yönetimlerin yeri büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda her belediyede yerel yönetim komiteleri bulunmaktadır. Söz konusu komite

üç üyeden oluşmaktadır: her belediye sosyal yardım departmanından bir sosyal hizmet uzmanı, sağlık hizmetlerinden bir hemşire ve Ulusal Sigorta Enstitüsünden bir görevli yer almaktadır. Komitelerin iki farklı sorumluluğu bulunmaktadır. Birincisi bakım hizmeti alacak olan bireyin tercihlerini dikkate alarak uygulanacak bakım hizmeti programını planlamaktır. İkinci olarak bakım hizmeti sağlayıcısını belirlemektedir (Lecovich, 2012: 83). İsrail’de uygulanan bakım sigortası uygulaması çok nadir durumlarda nakdi ödeme sunmaktadır. Nakdi ödemeler yerine aynı nitelikli hizmetlerin sunulması tercih edilmektedir. Bu hizmetler ise kişisel bakım, ev işlerinde yardım, yatağa yatırma ve kaldırma, çamaşır hizmetlerinden oluşmaktadır. Nakdi ödemeler konusunda esneklik olunması gerektiği tartışılmış ve bazı bölgelerde nakdi ödemelerin gerçekleştirildiği çalışmalar hayata geçirilmiştir (Selek Öz, 2010: 95).

Bakım sigortası kapsamında sağlanan bakım parası yardımlarının tutarı bireyin gelirine, evlilik durumuna göre değişebilmektedir.

Tablo 10: Uzun Süreli Bakım Parasından Yararlanma Koşulları

Medeni Durum	Gelir Miktarı (1 Ocak 2022 itibariyle)	Faydalanma Düzeyi
Tek	10.551 NIS’ e kadar	Tam yararlanma
Tek	10.551 ile 15.857 NIS arası	Yararlanma %50 azaltılır
Tek	15.827 NIS üzerinde	Yararlanma hakkı yok
Çift	15.827 NIS üzerinde	Tam yararlanma
Çift	15.827 NIS ile 23.740 arası	Yararlanma %50 azaltılır
Çift	23.740 NIS üzerinde	Yararlanma hakkı yok

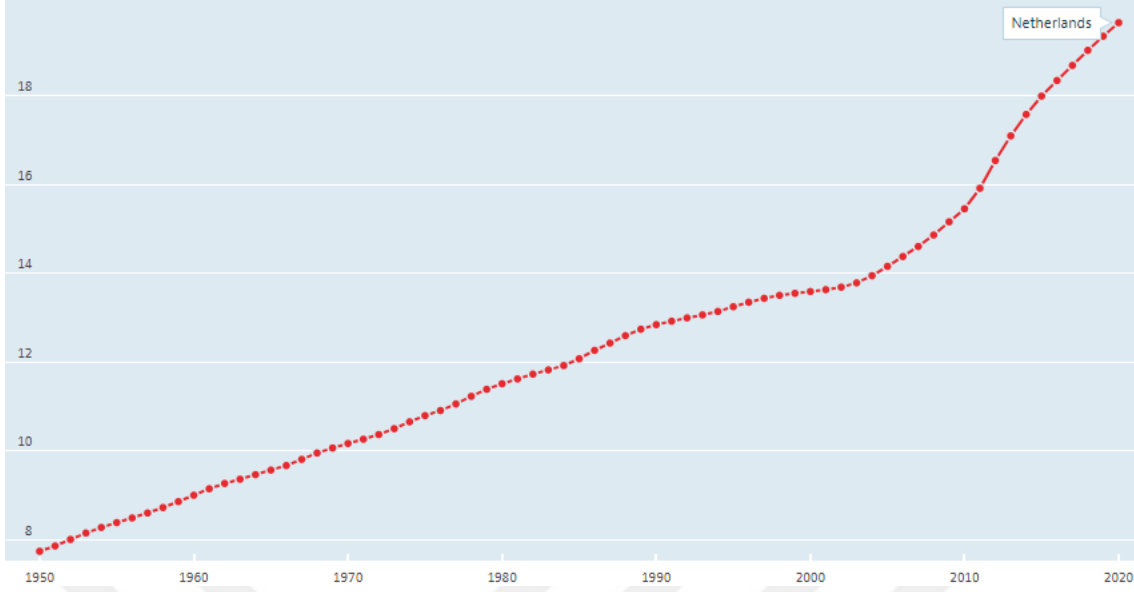
Kaynak: <https://www.btl.gov.il/English%20Homepage/Benefits/LongTerm%20Care/Pages/Conditionsofeligibility.aspx> Erişim Tarihi 19/01/2022

Tablo 10’da yer alan NIS ifadesi İsrail’in para birimi olan Yeni İsrail Şekeli’dir. Uzun süreli bakım parası alan bireyler, hemşirelik hizmetleri yerine ödeneğin tamamını veya bir kısmını nakit olarak alabilmektedir. Uzun süreli bakım hizmetleri yerine ayda 1.408 NIS (Yeni İsrail Şekeli) tutarında yardım alınabilmektedir. Bunun yanında bazı bakım hizmetleri saatlerini parayla takas etmek de mümkündür. Her bakım saati ayda 256 NIS (Yeni İsrail Şekeli) değerindedir. (National Insurance).

Bakım sigortası uygulamasına yönelik eleştirilerde bulunmaktadır. Bunların ilki bakım hizmetleri uygulamasına yöneliktir. Mevcut hizmet programları düzeyinin sınırlı olduğu ve bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireylere fazla seçenek sunulmadığı ifade edilmektedir. Yine aynı mantıksal düzlemde bakıma muhtaç olan bireylere ve hak sahiplerine sağlanan nakdi ve ayni yardımlarda daha fazla seçenek sunulması beklenmektedir (Lecovich, 2012: 88).

2.1.1.4. Hollanda

Hollanda'nın 2020 yılı verilerine göre toplam nüfusu 17.4 milyondur (OECD, 2022c). Hollanda nüfusunun önümüzdeki elli yıl boyunca artması beklenmekte ve 2070 yılında 20.6 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Ayrıca nüfusun 2025'te 18 milyona, 2036'da ise 19 milyona ulaşması beklenmektedir. Nüfusun artmasındaki esas faktörler göç ve artan yaşam beklentisindeki sürelerdir. 2040 yılında nüfusun dörtte birinin 65 yaş ve üstü bireylerden oluşacağı da ifade edilmektedir (CBS). Ortalama yaşam beklentisi 1990'da 77 iken 2020'de 81,5'e yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süreçte ortalama yaşam beklentisi %5,84 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 73,8 iken 2020'de 79,8'e yükselmiştir. Son 30 yılda erkeklerde ortalama yaşam beklentisi %8,13 artış göstermiştir. Kadınlar ortalama yaşam beklentisi 1990'da 80,2 iken 2020'de 83,1'e yükselmiştir. 30 yıllık bu sürede kadınlarda ortalama yaşam beklentisi %3,61 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı 1990'da 1.62 iken 2020'de 1.57 seviyesine gerilemiştir. Son 30 yılda doğurganlık oranı %3,08 azalış göstermektedir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı ise 1990'da %20,6 iken 2020'de %34,3'e yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı bağımlılık oranı %66,50 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %39,0, 2050'de %53,3, ve 2075'te %59,7 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 7: Yıllar itibariyle Hollanda'da Yaşlı Nüfus Oranı

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm> Erişim Tarihi 25/01/2022

Yukarıdaki grafikte Hollanda'nın 1950-2020 yılları arasında yaşlı nüfus oranının sürekli artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Hollanda'da yaşlı nüfus oranı 1990'da %12,84 iken 2020 yılında %19,64'e yükselmiştir. Bu 30 yıllık süre zarfında yaşlı nüfus oranı %52 artış göstermiştir. Bu bağlamda 2020'de yaşlı nüfus yaklaşık 3.4 milyondur (OECD, 2022).

Demografik faktörlerdeki değişim doğal olarak başta kamu harcamaları olmak üzere yaşlılara yönelik politikalar ve uzun süreli bakım sigortası uygulamaları gibi birçok alanda ülkelerin plan ve stratejilerini etkilemektedir. Bu yaklaşım çerçevesinde 2018 verilerine bakıldığında Hollanda ve İskandinav ülkelerinin (Danimarka, Norveç ve İsveç) GSYİH'nın yaklaşık %3,5'ini veya daha fazlasını uzun süreli bakım hizmeti ihtiyaçları için kullandığı görülmektedir (OECD, 2020a). 2019 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde GSYİH'nın %1,5'i uzun süreli bakım hizmetlerine ayrılmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetleri konusunda GSYİH'nın %4,1'i ile en yüksek harcamayı yapan ülke Hollanda'dır. Hollanda'yı sırasıyla %3,7 ile Norveç, %3,6 ile Danimarka ve %3,4 ile İsveç takip etmektedir (OECD, 2021b: 268).

Tablo 11: Hollanda'nın Uzun Süreli Bakım Sigortası Harcamaları

	Uzun süreli bakım sigortası harcamaları (milyon euro)								
	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Toplam sağlık ve sosyal bakım sağlayıcılar	13,2	20,1	22,5	17,8	18,1	18,6	19,5	21,7	23,7

Kaynak: CBS, <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/84078ENG/table?ts=1642445098094>

Erişim Tarihi 03/02/2022

Tablo 11’de Hollanda’da sağlık ve sosyal bakım hizmeti sağlayan kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan uzun süreli bakım sigortası harcamalarına yer verilmektedir. Tablo’da 2015 yılına kadar uzun süreli bakım sigortası harcamalarında artış söz konusudur. Ancak 2015’te harcamalar 2010 yılına göre %20,88 oranında azalmıştır. Bu azalmada etkili olan faktörlerden birinin Hollanda’da uzun süreli bakım hizmetleri alanındaki reform çalışmaları sonucunda çıkarılan Uzun Süreli Bakım Sigortası Yasasının (Long Term Care Act, Wet Longdurige Zorg: WLZ) olması muhtemeldir. Takip eden yıllarda harcamalardaki artış devam etmektedir. Özellikle pandemi dönemi olan 2019 ve 2020’de harcamalardaki artış oranı yükselmiştir.

Uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik yapılan harcamaların artması, çoğu batı ülkelerinde kamu maliyesinin sürdürülebilirliği açısından büyük bir endişe yaratmaktadır. Artan harcamalar, nüfusun yaşlanması gibi demografik değişim temelli sorunların bakıma muhtaç bireylerin sayısını artırması kaçınılmaz olarak görülmektedir. Bu sorunlar ile birlikte artan talebin yalnızca resmi olmayan bakım hizmetleri ile karşılanması mümkün gözükmemektedir. Birçok ülke genellikle hükümet tarafından finanse edilen resmi uzun süreli bakım programlarını oluşturma ve genişletme sürecine girmektedir (Wousterse ve Smid, 2017: 370). Hollanda bakım hizmetleri alanında reformist yaklaşımları 1968’de göstermiştir. Bu çerçevede Hollanda hükümeti 1968’de “İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu”nu (Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ) yürürlüğe koymuştur. Yasa uzun süreli bakım hizmetleri için destekte bulunmayı, kapsamlı olarak maliyetleri karşılamayı amaçlamıştır. Ayrıca Hollanda hükümeti sürekli bakıma muhtaç olan bireyleri desteklemek için mali ve örgütsel sorumlulukların çoğunu üstlenmiştir (Roit, 2013: 97).

İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu (AWBZ) ve 2015 yılında yürürlüğe giren Uzun Süreli Bakım Sigortası Kanunlarına göre her vatandaş otomatik olarak bu sigortanın kapsamı içerisinde yer almaktadır (Dijkhoff, 2018: 318). İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) bakım hizmetlerinde önemli fonksiyonlara sahiptir. Bunlar kişisel bakım (duş almada yardım, yeme içme), hemşirelik hizmetleri, destekleyici rehberlik hizmetleri, etkin rehberlik uygulaması ile davranışsal ve psikolojik sorunlarda destek olmak gibi etkinliklerden oluşmaktadır (Schut ve Berg, 2012: 107).

İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) zorunlu sosyal sigorta primleri, vergiler ve katkı payları olmak üzere karma bir yapıyla finanse edilmektedir. Zorunlu sosyal sigorta primlerinin ödenmesi vergiye tabi gelire göre belirlenmektedir. Bu doğrultuda 1997’de vergiye tabi gelirin %8,85’i prim olarak tahsis edilirken, bu oran 1998’de %9,6’ya, 2000’de %10,25’e yükseltilmiştir. Bireylerin geliri yasanın öngördüğü sınırın altında ise bu kişilerin primleri işverenlerce ödenmektedir (Oğlak, 2007: 126).

Uzun süreli bakım hizmetlerinde reformun ilk adımı 2007’de Sosyal Destek Yasasının (Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO) tanıtılmasıyla gerçekleşmiştir. Bu reformun başlıca nedeni, uzun süreli bakım hizmetinde daha fazla bireysel sorumluluk oluşturmaktır. Söz konusu yasa belediyelerin bakım hizmetleri konusundaki rolünü de artırmıştır (Maarse ve Jeurissen, 2016: 242). Sosyal Destek Kanunu (WMO) ile İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanununun (AWBZ) bazı hükümlerinde özellikle ev yardımı ile ilgili hükümler dikkat çekmektedir. Bu bağlamda Sosyal Destek Yasası (WMO) ile sosyal desteğin yerelleştirilmesi ve refah konusunda bütünleştirici bir yasal çerçeve oluşturulmuştur (Dijkhoff, 2018: 327). Bu gelişmeler ile birlikte Hollanda’da uzun süreli bakım hizmetleri 2015’e kadar İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) ve Sosyal Destek Kanunu (WMO) ile sürdürülmüştür. İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) harcamaların %95’ini oluştururken, Sosyal Destek Yasası (WMO) harcamaların %5’ini oluşturmaktadır (Sevim, 2017: 58).

2011 yılına gelindiğinde ise uzun süreli bakım hizmetleri için daha iyi ve uygun maliyetli yeni reformlar planlanmıştır. Alınacak önlemler ile mevcut yapının karmaşıklığının ortadan kaldırılacağı ve maliyet bilincinin oluşacağı vurgulanmıştır. Bu doğrultuda 2015’te İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasasının (AWBZ) yerine Uzun Süreli Bakım Yasası (WLZ) yürürlüğe girmiştir (Dijkhoff, 2018: 317). Devlet bu yasa

çerçevesinde vergi gelirine tabi olan bireylerin prim oranını %12,65 olarak belirlerken tavan gelir sınırlandırmasını da 33.363 Euro olarak belirlemiştir (Dijkhoff, 2018: 325).

2015 yılında yürürlüğe giren Uzun süreli bakım sigortası yasasında (WLZ) bakım hizmetleri için yeni bir düzenleyici çerçeve sunulmaktadır. Bu bağlamda bakıma muhtaçlık durumunda bireyler tek tip ve belirli standartlara göre ulusal olarak organize edilmiş bir ihtiyaç değerlendirme prosedürüne tabi tutulmaktadır (Maarse ve Jeurissen, 2016: 248). İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) çerçevesinde sunulan bakım hizmetlerinin teması Uzun Süreli Bakım Sigortası Yasası (WLZ), Sağlık Sigortası Yasası (Health Insurance Act, Zorg verzekering wet: ZVW) ve Sosyal Destek Yasası (WMO) olmak üzere mevcut üç yasaya entegre edilmektedir. Bununla birlikte evde bakım hizmeti ihtiyacının ortaya çıkması ve sürekli bakıma muhtaç olan bireylere yönelik 24 saat yatarak tedavi hizmeti de sunulmaktadır (Ginneken ve Kroneman, 2015: 48).

2015 yılında uzun süreli bakım sigortası yasasının (WLZ) yürürlüğe girmesi 1968 yılındaki İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden bu yana en büyük revizyon olarak görülmektedir. Bireysel sorumluluğa yapılan vurgu, finansman rejiminin yeniden yapılandırılması, konut dışı bakımın önemi, sigorta kurumları ve belediyelerin konut dışı hizmetlere daha fazla katılım göstermesi ve harcamalardaki büyük kesintiler en dikkat çekici unsurlar olarak görülmektedir (Maarse ve Jeurissen, 2016: 244).

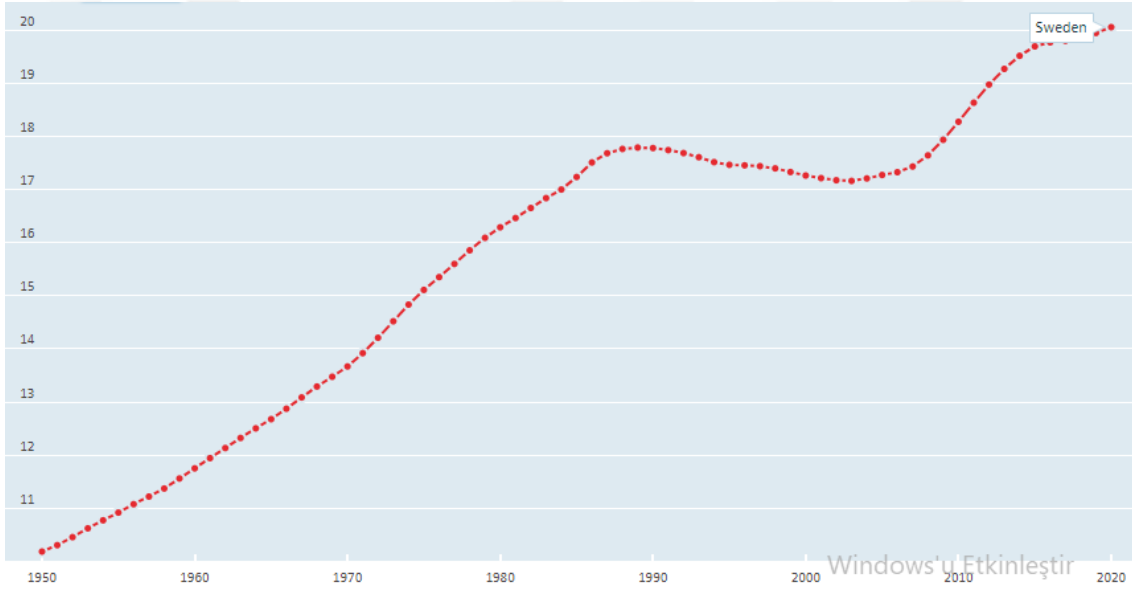
2.1.2. Primsiz Sistemi Benimseyen Ülkelerde Bakım Sigortası

Bu başlık altında bakım sigortası uygulamasını vergi sistemi ile yürüten ülke uygulamalarına yer verilmektedir.

2.1.2.1. İsveç

2020 yılı verilerine göre İsveç'in toplam nüfusu 10.4 milyondur (OECD, 2022c). Toplam nüfusun 2030'da 11 milyon, 2050'de 12.2 milyon ve 2080'de 13.3 milyon olması beklenmektedir (Eurostat, 2021). Ortalama yaşam beklentisi 1990'da 77,7 iken 2020'de 82,5 yıla yükselmiştir. 1990-2020 yılları arasında ortalama yaşam beklentisi %6,17 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990'da 74,8 iken 2020'de 80,7'ye yükselmiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990-2020 yılları

arasında %7,88 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990'da 80,5 iken 2020'de 84,2 seviyesine yükselmiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi son 30 yıllık süreçte %4,59 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı ise 1990'da 2.14 iken 2000 yılında 1.55'e düşmüştür ve 2010 yılında 1.98'e yükselmiştir. 2020 yılında ise 1.66 seviyesine gerilemiştir. İsveç'te doğurganlık oranları 10 yıllık periyodlarla düşüş ve yükselişler göstermektedir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990'da %30,9 iken 2020'de %35,9 seviyesine yükselmiştir. Bu 30 yıllık süreçte yaşlı bağımlılık oranı %16,18 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %38,2, 2050'de %45,5 ve 2075'te ise %51,6 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 8: Yıllar İtibariyle İsveç'in Yaşlı Nüfus Oranı (%)

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 05/02/2022

Yukarıdaki grafikte İsveç'in yaşlı nüfus oranının 1950-2020 yılları arasında nasıl bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir. Söz konusu grafikte yaşlı nüfus oranı 1950 yılından 1990 yılına kadar sürekli yükseliş eğiliminde olduğu görülmektedir. 1990 yılı ile 2000 yılının ortalarına kadar yükseliş hızı yavaşlamış ve ilerleyen yıllarda tekrar yükselişe geçtiği görülmektedir. Bu çerçevede İsveç'in 1990'da yaşlı nüfus oranı %17,8 iken 2020 yılında %20,1 seviyesine yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süreçte yaşlı nüfus oranı %12,91 artış göstermiştir. 2020 yılında İsveç'te yaşlı nüfus yaklaşık 2 milyondur (OECD, 2022).

Demografik değişim sürecinin yanı sıra sağlık harcamalarının artan maliyeti de uzun süreli bakım hizmetlerinin öneminin anlaşılmaları açısından büyük önem taşımaktadır. İsveç 1990’da GSYİH’nın %7,15’ini sağlık harcamalarına ayırırken bu oran 2000’de %7,33’e, 2010’da %8,32’ye ve 2020’de %11,45 seviyesine yükselmiştir. 1990 yılından 2020 yılına kadar ki süreçte GSYİH içerisindeki sağlık harcamalarının payı %60,13 oranında artış göstermiştir (OECD, 2022e). Bunun yanında GSYİH içerisinde uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik harcamaların payı 2019’da OECD ülkelerinde ortalama %1,5 iken, bu oran İsveç’te %3,4 seviyesindedir (OECD, 2021b: 268).

İsveç’te uzun süreli bakım hizmetlerinin tanımlayıcı özelliklerinden biri, uygulamada ailelerin önemli bir rol oynamasına karşın, ailelerin bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda yasal bir sorumluluğa sahip olmamasıdır. İsveç’in bakım rejiminin bir diğer özelliği ise, güçlü belediye özerkliğidir. Belediyeler hem evde hem de bakım konutlarında, kamu tarafından finanse edilen bakım hizmetlerini organize etme konusunda birincil sorumluluğa sahiptir. Bunun yanında belediyeler resmi bakım için toplam kamu bütçesinin çoğunu finanse etmek için gerekli olan vergilendirme yetkisine de sahiptir (Meagher ve Szebehely, 2013: 56).

Uzun süreli bakım hizmetleri büyük ölçüde kamu görevi olarak görölse de, bireyler kar amacı gütmeyen veya özel hizmet sağlayıcılar arasında seçim yapabilmektedir. Bunun temeli 2009’dan beri yürürlükte olan Özgür Seçim Sistemleri Yasasıdır. İlgili kanuna göre uzun süreli bakıma muhtaç olan birey denetim kurulu onaylaması durumunda sözleşme yaparak sosyal hizmet ve sağlık hizmetlerinden dilediğini seçebilmektedir (Weber, 2018: 518).

İsveç’te 20.yüzyılın ilk yarısına kadar uzun süreli bakım hizmetlerinin büyük bölümü yalnızca aileler tarafından sağlanmışır. Belediyeler yalnızca aile bireyleri ve maddi imkanı olmayanlar için bakım hizmeti sunmuştur. 1940’lı yılların sonlarından başlayarak uzun süreli bakım hizmetine halkın katılımı ile odak noktası olan yoksul yaşı bireylerin yerine daha genel bir yaklaşım benimsenmiştir. Yine 1940’lı yıllarının sonlarından itibaren huzurevlerinde bakım hizmeti de başlamıştır. 1950 yılına gelindiğinde yaşanan ekonomik sorunlar nedeniyle sosyal reformlar durma noktasına gelmiştir. Bu doğrultuda kamu bakım evlerinin inşaa süreci de etkilenmiştir. Bu olumsuz durumu telafi etmek amacıyla gönüllü kuruluşlar evde bakım hizmeti sunmuşlardır.

İlerleyen yıllarda gönüllü kuruluşlar evde bakım hizmetleri konusunda gelişme gösterememiş ve belediyeler gönüllü kuruluşlar ve aile bireylerden daha fazla sorumluluk alma yolunu tutmuştur. Bu durumun sağlanmasındaki en önemli gelişme 1964'te devletin evde bakım hizmeti için hibe desteği sağlamasıyla evde bakım hizmetleri hızla yaygınlaşmıştır (Karlsson ve diğerleri, 2012: 256-257).

İsveç'te evde bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler Yasası tarafından düzenlenmektedir. Sosyal Hizmetler Yasası, ihtiyacın karşılanamaması durumunda genel bir yardım hakkı sağlayan, amaca yönelik bir çerçeve yasadır (Szebehely ve Trydegard, 2011: 234).

Uzun süreli bakım hizmetleri bütün vatandaşları kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri, kurumsal bakım evleri ve özel bakım evlerini içermektedir (Paul ve diğerleri, 2017: 227). Söz konusu hizmetlerin finansmanı topluluklar tarafından sağlanmaktadır ve bir topluluğun toplam gelirinin yaklaşık olarak üçte ikisini temsil eden gelir vergisi gelirlerine dayanmaktadır. Ayrıca gelir farklarını dengelemek için devlet mekanizmalarından elde edilen gelirler de bulunmaktadır. Bu devlet ödemeleri belediye bütçesinin %15-20'sini temsil etmektedir. Bunun yanında yaşlı bakımı için yardım alanlar sosyal hizmetlerin finansmanına %5 oranında katkıda bulunmaktadır (Weber, 2018: 521).

Tablo 12: İsveç'te Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Birey Sayısı

Yıllar	Evde Bakım Hizmetleri		Kurumsal Bakım Hizmetleri (Hastane dışında)	
	Toplam Nüfus	65 yaş ve üzeri	Toplam Nüfus	65 yaş ve üzeri
2010	283.633	205.587	120.009	90.858
2011	286.091	207.796	119.341	89.753
2012	287.767	207.932	116.485	86.781
2013	290.767	207.521	119.046	88.986
2014	315.818	221.345	112.404	85.080
2015	328.858	238.338	113.798	85.707
2016	303.881	211.447	115.763	87.023
2017	339.027	235.687	114.283	85.738
2018	376.448	248.499	116.501	86.312
2019	358.958	242.701	116.897	86.314

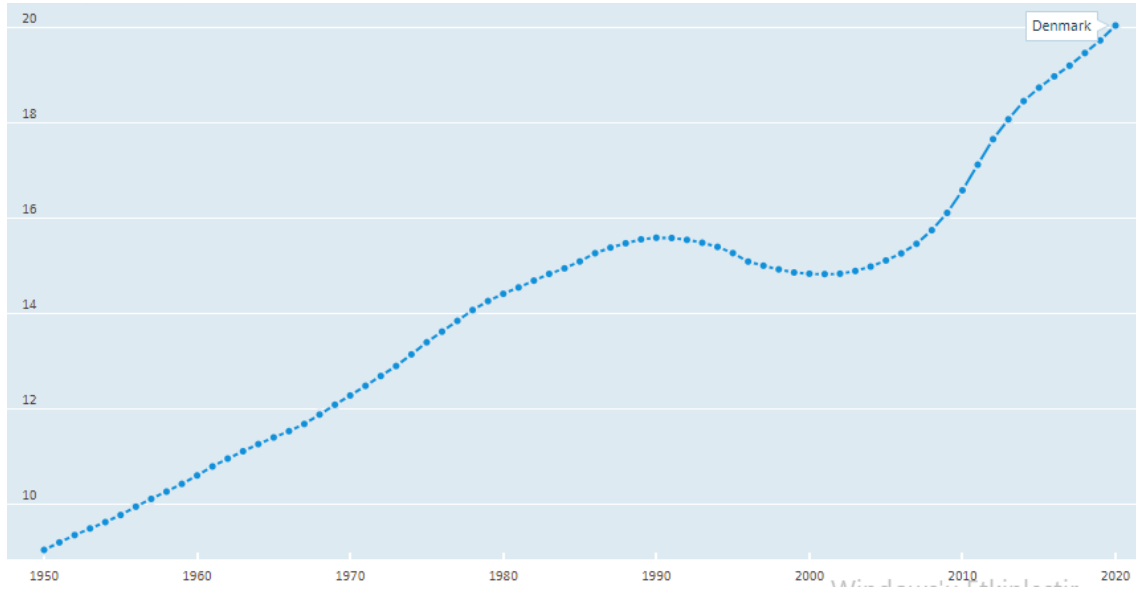
Kaynak: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> Erişim Tarihi 07/02/2022

2020 yılında İsveç'te 65 yaş üstü 2 milyon nüfustan 82.217'si (%4) bir bakım evinde yaşamaktadır (Szebehely, 2020). Yukarıdaki tablo'da İsveç'te evde bakım hizmeti ve kurumsal bakım hizmeti alan birey sayılarına yer verilmektedir. Bakım hizmetlerinden yararlanan birey sayılarına bakıldığında evde bakım hizmeti alan birey sayısı kurumsal bakım hizmeti alan birey sayısından fazladır. 2010 yılı verilerine göre evde bakım hizmeti alan toplam nüfusun %72'si 65 yaş ve üzerindeki nüfustan oluşmaktadır. 2019 yılında evde bakım hizmeti alan toplam nüfusun %67'sini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. 2010'da hastane dışında kurumsal bakım hizmeti alan toplam nüfusun %75'ini 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. 2019 yılında hastane dışında kurumsal bakım hizmeti alan toplam nüfusun %73'ü 65 yaş ve üzeri nüfustan oluşmaktadır.

2.1.2.2. Danimarka

Danimarka'nın 2020 yılı verilerine göre toplam nüfusu 5,8 milyondur (OECD, 2022c). Toplam nüfusun 2040'da 6 milyon, 2070'de ise 6,1 milyon olması beklenmektedir (Eurostat, 2021). Ortalama yaşam beklentisi 1990'da 74,9 yıl iken, 2020'de 81,6 yıla

yükselmiştir. Bu 30 yıllık süreçte ortalama yaşam beklentisi %8,9 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı ise 1990'da 1.67 iken 2000 yılında 1.77'ye yükselmiştir. 2020 yılında doğurganlık oranı ise yeniden 1.67'ye düşmüştür. Danimarka'da doğurganlık oranı sürekli düşüş ve yükselişler göstermektedir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı ise 1990'da %25,9 iken 2020'de %34,9'a yükselmiştir. Son 30 yıllık süreçte yaşlı bağımlılık oranı %34,74 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %37,7'ye, 2050'de ise %44,6'ya, ve 2075'te %53,4'e yükselmesi beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 9: Yıllar İtibariyle Danimarka'da Yaşlı Nüfus Oranları (%)

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 07/02/2022

Yukarıdaki grafikte Danimarka'nın 1950-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfus oranının dağılımı görülmektedir. 1950 yılından 1990'lı yıllara kadar yaşlı nüfus oranı artarken 1990 ve 2000 yılları arasında yaşlı nüfus oranında azalmalar görülmektedir. 1990'da yaşlı nüfus oranı %15,6 iken 2000 yılında %14,8'e düşmüştür. Bu on yıllık süreçte yaşlı nüfus oranı %5,12 oranında azalış göstermiştir. 2000 ile 2020 yılları arasında ise yaşlı nüfus oranı tekrar yükselişe geçmiştir. 2020 yılı verilere göre yaşlı nüfus oranı %20 seviyesindedir. Bu bağlamda 2020'de yaşlı nüfus yaklaşık 1.1 milyondur. Son 20 yıllık süre zarfında Danimarka'da yaşlı nüfus oranı %35,13 artış göstermiştir (OECD, 2022).

Uzun süreli bakım hizmetleri konusunda reformist yaklaşımların benimsemesine neden olan unsurlardan birisi de sağlık harcamalarındaki artışlardır. Bu çerçevede

Danimarka'nın sağlık harcama verilerine bakıldığında 1990'da GSYİH'nın %8'ini sağlık harcamalarının oluşturduğu gör÷lmektedir. 2020'de ise GSYİH içerisinde sağlık harcamalarının payı %10,6 seviyesine ulaştığı gör÷lmektedir. 1990 ile 2020 yılları arasında sağlık harcamaları %32,5 oranında artış göstermiştir (OECD, 2022e).

Sağlık harcamalarının yanı sıra GSYİH içerisindeki uzun süreli bakım harcamalarının payına bakıldığında Danimarka 2016'da GSYİH'nın %2,5'ini uzun süreli bakım hizmetlerine ayırmıştır. Bu oranı Avrupa Birliği ortalamasının neredeyse iki katı seviyesindedir (WHO, 2019: 38). 2019 yılı verilerine bakıldığında OECD ÷lkelerinde GSYİH'nın %1,5'i uzun süreli bakım hizmetlerini ayırırken, Danimarka'da bu oran %3,6 seviyesindedir (OECD, 2021b: 268).

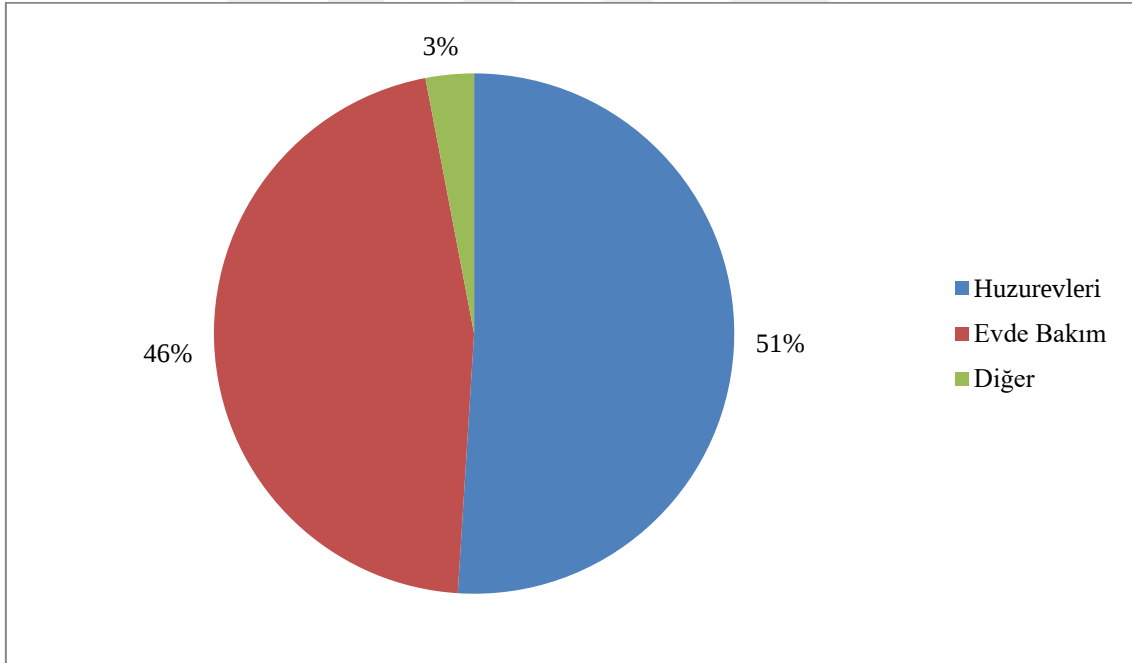
İskandinav ÷lkeleri ortak bir siyasi geleneklere ve tarihi geçmişe sahiptir. Bu durum sosyal bakım için çok benzer sistemlerin uygulanmasına yol açmıştır. Uzun süreli bakım hizmetleri alanında da ihtiyacı olan herkese ücretsiz yerel bakım hizmetleri sağlama amacı taşınmaktadır. Bu bağlamda İskandinav ÷lkelerinde uzun süreli bakım hizmetleri konusunda 3 önemli konuda ortak bir anlayış benimsenmiştir. Bunlardan ilki ihtiyacı olan her vatandaşın gerekli bakım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olduğu kanun ile garanti altına alınmıştır. İkinci olarak uzun süreli bakım hizmetleri sektörü ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilmektedir. Üçüncü olarak hizmetlerin sağlanması ve finanse edilmesi sorumluluğu yerel yönetimlere devredilmiştir (Karlsson ve diğeri, 2012: 254).

Danimarka, tüm nüfus için refah ve sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşeni olarak vergiyle finanse edilen uzun süreli bakım hizmetleri sunmaktadır. Yaşlıların ve engellilerin bakım sorumluluğu devletin sorumluluk alanındadır. Ancak yerel yönetimlerin bakım hizmetlerini organize etme ve vergi toplama hakkı olmak üzere geniş haklara sahip olmaları dikkat çekmektedir (Colombo, 2012: 27).

Yerel düzeyde, hem yerel yönetimler hem de özel bakım hizmeti sağlayıcılar kişisel (esas olarak günlük yaşam aktiviteleri için destek) ve pratik (esas olarak yardımcı günlük yaşam aktiviteleri için destek) hizmetlerin sunumunu sağlamaktadır. Özel hizmet sağlayıcılar ise 2003 yılında "özgür seçim reformu" ile birlikte piyasaya girme hakkı elde etmişlerdir. Özel hizmet sağlayıcılar yerel yönetimlerin kalite standartları ve fiyat uygulamalarını yerine getirmekle yükümlüdürler (OECD, 2011).

Bunun yanında Danimarka’da ilgili mevzuat çerçevesinde sunulan çeşitli uzun süreli bakım hizmetleri, geleneksel bakım evleri, modern yakın konaklama yerleri ve evde bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Evde bakım hizmetleri geçici ve kalıcı olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Geçici bakım hizmetlerinde ücretlendirme sistemi bulunmaktadır (Schulz, 2010). Danimarka’da bu doğrultuda sunulan uzun süreli bakım hizmetleri politikasının genel amacı, hizmetlerin yaşlı bireylerin istek ve ihtiyaçlarına göre sunulmasını sağlamaktır (Paul ve diğerleri, 2017: 247).

Uzun süreli bakım hizmetleri sistemi, bakım sürecinde gerekli olan yardımcı cihazlar, evde bakım hizmetlerinde yardım dahil olmak üzere çok çeşitli sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Yaşlı ve engelli bireylere yönelik sosyal hizmetlerin temel amaçlarından birisi de kendi evlerinde bakım süreçlerini yönetilmelerini sağlamaktır. Yaşlı ve engelliler kendilerini yönetemeyecekleri durumlarda yatılı bakım evlerinde hizmet görmeleri de sağlanmaktadır (OECD, 2011).



Grafik 10: Danimarka'da Uzun Süreli Bakım Hizmeti Veren Kurumların Harcama Oranları

Kaynak: OECD Health Statistics 2021 <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/10/10/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9> Erişim Tarihi 09/02/2022

Uzun süreli bakım hizmetleri hem kurumsal hizmetleri (huzurevi) hem de evde bakım hizmetlerini içermektedir. Danimarka’da ve diğer iskandinav ülkelerinde de evde bakım hizmetlerine çok daha fazla önem verilmektedir (Burau ve Dahl, 2013: 80). Bu doğrultuda ilgili kurumların harcama oranlarına bakıldığında Danimarka’da ağırlıklı olarak kurumsal bakım ve evde bakım hizmetleri doğrultusunda harcamalar yapılmıştır. Uzun süreli bakım hizmetleri harcamalarında en yüksek harcamaya sahip olan ise %51 ile huzurevleridir.

Tablo 13: 2010-2019 Yılları Arasında Danimarka'da Evde Bakım Hizmeti Alan Birey Sayısı v 65 Yaş Üzeri Nüfus İçerisinde Kurum Bakım Hizmeti (Hastane Dışında) ve Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Oranı (bin/%)

Yıllar	0-64 yaş arası	65 yaş ve üstü	65 yaş üzeri nüfus içerisinde Kurum bakım hizmeti (hastane dışında) alan yaşlı bireylerin oranı	65 yaş üzeri nüfus içerisinde evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin oranı
2010	27.962	148.954	%4,6	%16,5
2011	25.944	140.276	%4,4	%15
2012	24.409	132.530	%4,2	%13,7
2013	23.860	126.526	%4	%12,7
2014	23.419	124.997	%3,9	%12,2
2015	22.946	123.056	%3,8	%11,7
2016	22.927	123.210	%3,7	%11,5
2017	22.967	121.670	%3,6	%11,1
2018	22.937	122.470	%3,6	%11
2019	23.650	125.917	%3,5	%11,1

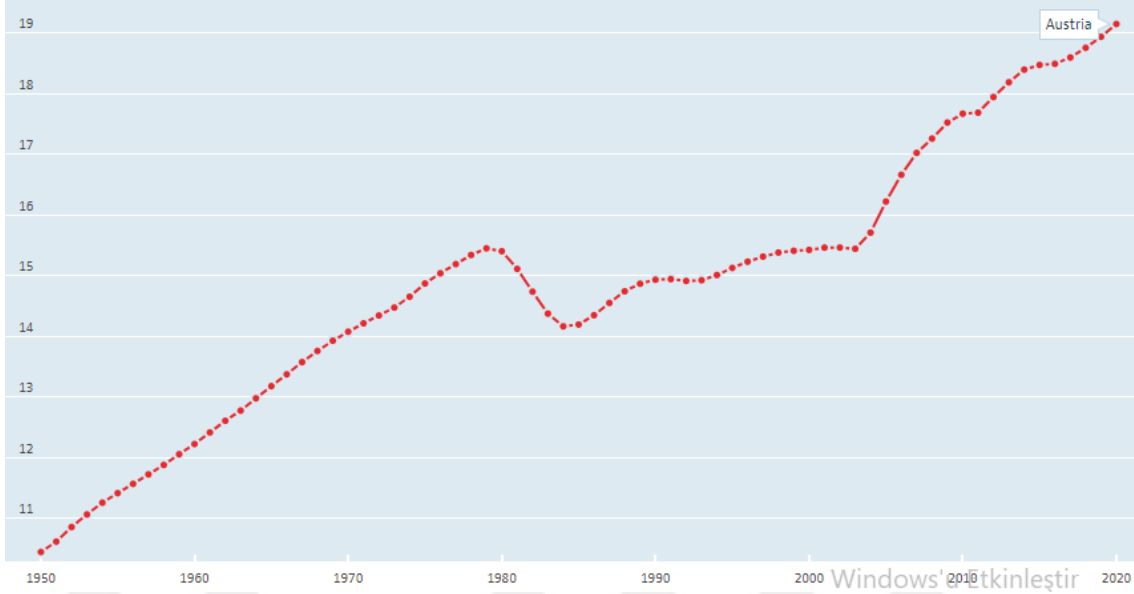
Kaynak: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> Erişim Tarihi 11/02/2022

Tablo 13’e bakıldığında Danimarka’da 65 yaş üzeri evde bakım hizmeti alan birey sayısı 0-64 yaş grubundan yaklaşık olarak 5 kat daha fazladır. Hizmet sunumu

gerçekleştiren kurumlar çerçevesinde 65 yaş üzeri nüfus içerisinde evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin oranı kurumsal bakım hizmeti alan (hastane dışında) yaşlı birey oranından yaklaşık olarak % 10 daha fazladır.

2.1.2.3. Avusturya

2020 yılı verilerine göre Avusturya'nın toplam nüfusu 8.9 milyondur (OECD, 2022c). Avusturya nüfusunun 2025'te 9 milyon, 2040'ta 9.2 milyon, 2080'de 9.3 milyon olması beklenmektedir (Eurostat, 2021). Ortalama yaşam beklentisi 1990'da 75.7 iken 2020 yılında 81.3'e yükselmiştir. Geçen 30 yıllık süreçte ortalama yaşam beklentisi %7,39 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990'da 72,3 iken 2020'de 78.9 seviyesine yükselmiştir. 1990'dan günümüze erkeklerdeki ortalama yaşam beklentisi %9,12 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990'da 79 iken 2020'de 83.6 seviyesine ulaşmıştır. Söz konusu 30 yıllık süreçte kadınlardaki ortalama yaşam beklentisi %5,82 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı 1990'da 1.46 iken, 2000 yılında 1.36'ya düşmüştür. 10 yıllık bu süreçte doğurganlık oranı %6,84 azalış göstermiştir. 2010 yılında ise 1.44 seviyesine yükselmiştir ve 2020'de 1.44'de sabit olarak kalmıştır (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990'da %24,3 iken 2020'de %31,3 seviyesine yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı bağımlılık oranı %28,80 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025'te %37,1, 2050'de %56,0 ve 2075'te %63,1 olması beklenmektedir (OECD, 2022b).



Grafik 11: Yıllar İtibariyle Avusturya'nın Yaşlı Nüfus Oranı (%)

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 13/02/2022

Yukarıdaki grafikte Avusturya'nın 1950-2020 yılları arasındaki yaşlı nüfus oranlarının dağılımı görülmektedir. Yaşlı nüfus oranı 1950 yılından 1980'li yıllara kadar sürekli artış göstermektedir. 1980'li yılların başından 1980'li yılların ortasına kadar yaşlı nüfus oranı düşmüştür. 1990'da yaşlı nüfus oranı %14,9 iken 2020 yılında %19,2 seviyesine yükselmiştir. Son 30 yılda yaşlı nüfus oranı %28,85 artış göstermiştir. 2020 yılında ise Avusturya'daki yaşlı nüfus yaklaşık 1.7 milyondur (OECD, 2022).

Demografik faktörlerdeki değişimin yanında sağlık harcamalarında da artış görülmektedir. Avusturya'nın 1990 yılında GSYİH'nin %7,7'sini 2005'te %9,6'sını ve 2020'de %11,5'ini sağlık harcamalarını ayırmıştır. Son 30 yıllık zaman içerisinde GSYİH içerisinde sağlık harcamaları oranı %49,35 artış göstermiştir (OECD, 2022e).

1990'lı yılların başına kadar uzun süreli bakım hizmetleri ayrı bir sosyal risk olarak tanımlanmamıştır. Bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı çoğunlukla kadınlar tarafından ve aile bireyleri tarafından evde yerine getirilmiştir. Ailelerin bakıma muhtaçlık durumuna güçlü yönelim göstermesi, bakıma muhtaçlığın yatılı bakım hizmeti alma durumuna dönüşme ihtimali düşünülerek bakımın finansmanına katkıda bulunmalarını gerektiren mevzuatla da desteklenmiştir. Genel olarak uzun süreli bakım hizmetleri 1990'lı yılların başına kadar sosyal korumanın da ayırt edici bir alanı olarak ele alınmamıştır. Sosyal koruma, uzun süreli bakım hizmetleri için kamu desteğinin

sağlanması, federal yardımlar, bölgesel yardımlar ve engelli bireyler için hizmetler ve çocuk bakım hizmetlerinden oluşmuştur (Örtesle, 2013: 159).

Avusturya’da uzun süreli bakım hizmetleri 1993’ten beri bağımsız bir sosyal risk olarak kabul edilmektedir. Uzun süreli bakım hizmetleri ile ilgili bu ve diğer nakit yardımlar 1 Temmuz 1993’ten itibaren Federal Uzun Süreli Bakım Parası Yasası ile bakım ödeneği olarak değiştirilmiştir. 1993’ten önce bakıma muhtaç yaşlılar/bireyler için sosyal sigorta kurumu tarafından bir nakit yardım uygulanmıştır. Bunun yanında ilgili yasa kapsamına girmeyen nüfusun diğer kısmı için Eyalet Bakım Parası Yasası yürürlüğe girmiştir. (Pfeil, 2018: 20; Trukesschitz ve Schneider, 2012: 194).

1993 yılında getirilen Federal Bakım Parası Yasası devlete ek maliyetler getirmiştir. Avusturya devleti Sosyal Emeklilik Sigortasına verdiği sübvansiyonları azaltmak durumunda kalmıştır. Bunun yanında devlet memuru için sağlık sigortasına yaptığı katkıyı da azaltmıştır (Trukesschitz ve Schneider, 2012: 194).

1993 yılında gerçekleşen bu reform hareketiyle birlikte uzun süreli bakım planı, nakit yardımlar için sorumlulukları federal düzeye ve ulusal mevzuat kapsamında olmayan bireyler için eyalet düzeyine dağıtmıştır. Söz konusu yasa tüm nüfusu kapsayan evrensel bir sistem olarak kurulmuştur. Bakım yardımı, bakıma muhtaçlığın yedi seviyesinden birine göre aylık olarak ödenen, vergiyle finanse edilen bir ödenektir. Finansmanı ise kullanıcı katkıları ve kamu finansmanın bir kombinasyonuna dayanmaktadır. Evde bakım hizmeti durumunda, kullanıcı katkı payları gelire ve bakım ödeneğine göre belirlenmektedir. Prensipte kullanıcılar hizmet sağlayıcısını seçmekte özgürdür ancak tek bir hizmet sağlayıcısının bulunduğu kırsal alanlarda seçimlerde sınırlama olabilmektedir (Österle, 2021). Ancak 2012 yılında Uzun Süreli Bakım Parası Yasası reformu ile uzun süreli bakım konusuna ilişkin bir anayasa değişikliği ile uzun vadeli bakım ve süreli bakım yardımlarındaki haklar Federal Parlamentonun tek sorumluluğu olarak belirlenmiştir (Pfeil, 2018: 21).

Tablo 14: Avusturya'da Bakım Ödeneğinden Yararlanma Kriterleri

	Her Ay için ortalama saat	Bakım Ödeneği (2021)
Seviye 1	>65 saat	162.50 Euro
Seviye 2	>95 saat	299.60 Euro
Seviye 3	>120 saat	466.80 Euro
Seviye 4	>160 saat	700.10 Euro
Seviye 5	>180 saat olağanüstü bakım masrafları için	951.00 Euro
Seviye 6	>180 saat, gece ve gündüz düzenli olarak bakım gereksinimi gereklidir	1327.90 Euro
Seviye 7	>180 saat, 4 uzvun hareketinin mümkün olmadığı durumlar	1745.10 Euro

Kaynak:https://media.suub.unibremen.de/bitstream/elib/5036/4/2021_Country%20Brief_LTC_Austria.pdf Erişim Tarihi 14/02/2022

Yukarıdaki tabloda bakım parasına hak kazanabilmek için gerekli olan koşullar yer almaktadır. Bakım parası için 7 seviyeye göre ödeme yapılmaktadır. İlk dört seviyede bakım parası alabilmek için yalnızca aylık olarak bakıma muhtaç olunan saat yeterli olmaktadır. Ancak 5.seviyeden sonra genel olarak yoğun bakım hizmetlerini içeren koşullar yer almaktadır.

Tablo 15: Avusturya'da Bakım Ödeneğinden Yararlananlar ve Bakım Ödeneği Harcamaları

	Toplam Yararlanlar	Bakım Seviyeleri							Yıllık Toplam (mil. Euro)
		1	2	3	4	5	6	7	
1999	278.887	45.571	112.964	48.701	40.581	21.889	5.630	3.551	1.355,6
2004	320.258	67.039	111.971	53.348	48.830	26.069	7.758	5.243	1.489,3
2009	365.810	76.522	121.253	60.775	54.249	33.389	12.644	6.978	1.943,1
2014	457.576	106.980	130.021	79.544	64.518	47.657	19.300	9.556	2.493,5
2019	467.752	131.637	99.614	85.269	68.747	52.672	20.342	9.471	2.644,9

Kaynak: Statistics Austria, http://www.statistik.at/web_en/statistics/PeopleSociety/social_statistics/social_benefits_at_federal_level/federal_long_term_care_allowance/032465.html Erişim Tarihi 17/02/2022

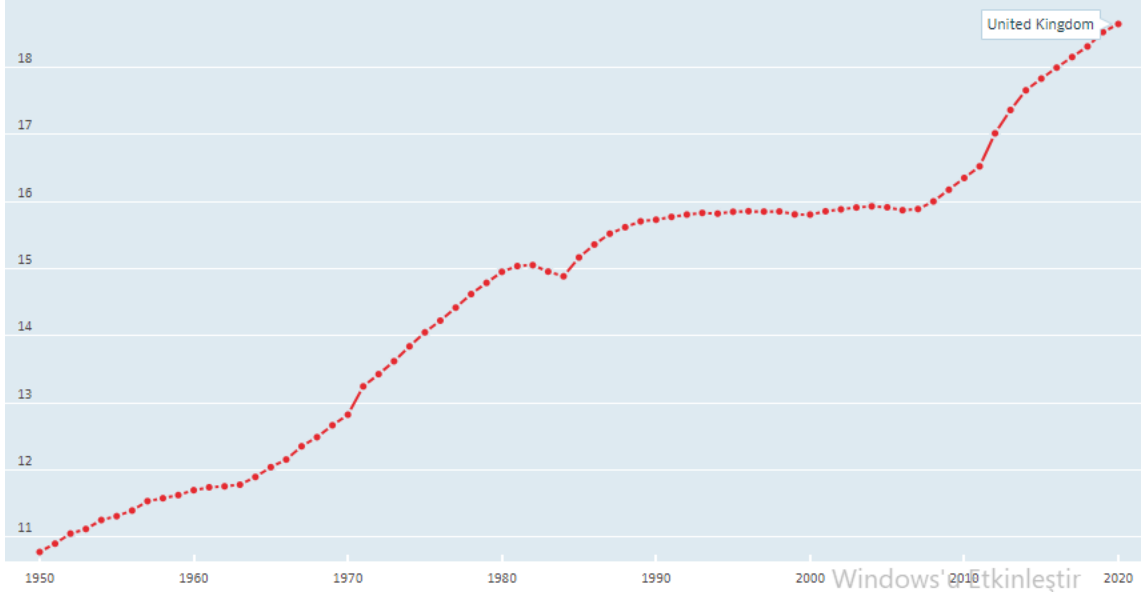
Tablo 15'te belirli yıllardaki yıllık bakım ödeneği harcamaları ve bakım seviyesine göre bakım ödeneğinden yararlanan birey sayılarına yer verilmektedir. Bakım ödeneğinden yararlanan toplam birey sayısına bakıldığında 1999 yılından 2019 yılına kadar bakım ödeneğinden yararlanan birey sayısında %67,72 artış gerçekleşmiştir. Bakım seviyelerine göre bakım ödeneğinden yararlanan birey sayısına bakıldığında 1999 yılında 1.seviye, 2.seviye, 3.seviye ve 4.seviyeden yararlanan bireyler toplam yararlanan bireylerin %74,30'unu oluşturmaktadır. Daha ağır bakım hizmeti gerektiren 5.seviye, 6.seviye ve 7.seviyedeki bakım parasından yararlanan bireyler %25,7'sini oluşturmaktadır. 2019'da 1.seviye, 2.seviye, 3.seviye ve 4.seviyeden yararlanan bireyler toplam yararlanan bireylerin %82,36'sını oluştururken, 5.seviye, 6.seviye ve 7.seviyedeki bireyler toplama yararlanan bireylerin %17,64'ünü oluşturmaktadır. Yoğun düzeyde bakım hizmeti koşulları gerektiren 5.seviye, 6.seviye ve 7.seviyedeki birey sayıları diğer seviyelere göre daha düşük seviyededir. Yıllık olarak yapılan harcamalara bakıldığında 1999-2019 yılları arasında beşer yıllık dönemlerde sürekli bir artış olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Özellikle 1999'dan 2019 yılına kadar ki 20 yıllık süreçte bakım parası için yıllık harcamalar %95,10 artış göstermiştir. Başka bir ifadeyle yıllık bakım parası harcaması yaklaşık 2 kat artış göstermiştir.

Bakım parası uygulamasının yanında Avusturya'da 24 saat bakım hizmetleri de uygulanmıştır. Bu hizmet özel ücretli yardımcılar tarafından sağlanmaktadır. 1 Temmuz

2007’de bir devlet desteği sağlanmıştır ve bakıcıların işe alınma süreçleri düzenlenmiştir. Bu doğrultuda bakım seviyesi 3 olan ve 24 saatlik bakım masraflarını kısmen karşılamayı amaçlayan kamu yardımına başvurulabilmektedir. Devlet desteğine hak kazanabilmek için ilk olarak aylık net gelirin 2500 Euro’yu geçmemesi gerekmektedir. 24 saat bakım hizmeti veren bakıcının en az 6 aylık eğitim aldığını kanıtlaması gerekmektedir (F. Bachner ve diğerleri, 2018: 203).

2.1.2.4. Birleşik Krallık

2020 yılı verilerine göre Birleşik Krallığın toplam nüfusu 67 milyondur (OECD, 2022c). Toplam nüfusun 2029’da 71 milyon, 2034’te 72.7 milyon ve 2039’da 74.3 milyon olması beklenmektedir (Government Office for Science, 2016: 18). Ortalama yaşam beklentisi 1990’da 75.7 iken 2020’de 80.4’e yükselmiştir. Son 30 yılda ortalama yaşam beklentisi %6,20 artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 1990’da 72.9 iken 2020 yılında 78.4’e yükselmiştir. 30 yıllık süreçte ortalama yaşam beklentisi erkeklerde %7,54 artış göstermiştir. Kadınlarda ortalama yaşam beklentisi 1990’da 78.5 iken 2020’de 82.4’e yükselmiştir. Son 30 yılda kadınlarda ortalama yaşam beklentisi % 4,96 artış göstermiştir (OECD, 2022a). Doğurganlık oranı 1990’da 1.83 iken 2020’de 1.63 seviyesine gerilemiştir. 1990’dan 2020 yılına doğurganlık oranı %10,92 oranında azalış göstermiştir (OECD, 2022d). Yaşlı bağımlılık oranı 1990’da %26,9 iken 2020’de %32 seviyesine yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süreçte yaşlı bağımlılık oranı %18,95 artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranının 2025’te %35,9, 2050’de %47,1, 2075’te %53 olması beklenmektedir (OECD, 2022b). Yaşlı bağımlılık oranının artması, bakım sektöründe çalışabilecek birey sayısını, devlet bakımını finanse edebilen birey sayısını ve sağlık sisteminin geri kalanını sınırlandırabilir (Government Office for Science, 2016: 83).



Grafik 12: Yıllar İtibariyle Birleşik Krallığın Yaşlı Nüfus Oranı (%)

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart> Erişim Tarihi 19/02/2022

Yukarıdaki grafikte Birleşik Krallığın 1950-2020 yılları arasında yaşlı nüfus oranının dağılımı yer almaktadır. Yaşlı nüfus oranı 1980’li yılların ortalarına kadar sürekli yükseliş göstermektedir. Ancak 1980’li yılların ortalarında düşüş gözlemlenmektedir. Daha sonraki yıllarda yaşlı nüfus oranının artışı devam etmektedir. Birleşik Krallığın yaşlı nüfus oranı 1990’da %15,7 iken 2020’de %18,6 seviyesine yükselmiştir. Son 30 yıllık bu süre zarfında yaşlı nüfus oranı %18,47 artış göstermiştir. Bunun yanında Birleşik Krallığın 2020 yılındaki yaşlı nüfusu yaklaşık 12.4 milyondur (OECD, 2022).

Demografik faktörlerdeki değişimin yanında sağlık harcamalarındaki artışlarda başta uzun süreli bakım hizmetleri olmak üzere birçok alanda farklı politika üretimini tetiklemiştir. Bu çerçevede Birleşik Krallığında GSYİH içerisinde sağlık harcamalarına yönelik yapılan harcamalarda da ciddi artış söz konusudur. 1990 yılında GSYİH içerisindeki sağlık harcamalarının payı %5,1 iken, 2000’de %7,2’ye, 2010’da %9,8’e ve 2020’de %12,8’e yükselmiştir. Son 30 yılda GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları %150,98 artış göstermiştir (OECD, 2022e). GSYİH içerisinde toplam uzun süreli bakım hizmetleri için yapılan harcama 2019 yılı verilerine göre %2,3 seviyesindedir (OECD, 2021b: 269).

Birleşik Krallık’ta 1980’li yıllara kadar uzun süreli bakım hizmetleri yerel yönetimler ve Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System, NHS) tarafından yerine getirilmiştir.

Yerel yönetimler evde bakım hizmetlerinin sağlanması görevini üstlenmiştir. Ancak 1980’li yıllarda sosyal güvenlik yardımlarında finans sorunları ve maliyet artışları gerçekleşmiştir. Sistemin yetersizliği göz önünde bulundurularak bazı reformların önerildiği bir hükümet raporu sunulmuştur. Bu doğrultuda 1993’te Topluma Dayalı Bakım Yasası (Community Care Act) yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanında yerel yönetimlere daha büyük sorumluluklar yüklenmiştir (Karlsson ve diğerleri, 2006: 192). Yerel yönetimler ihtiyaçların değerlendirilmesinden, uygunluk kriterlerinin belirlenmesinden ve sosyal hizmetlerin düzenlenmesinden sorumlu tutulmuşlardır (Comas-Herrera ve diğerleri, 2006: 288). Ulusal sağlık sisteminin politikaları ise, öğrenme güçlüğü ve uzun süreli akıl sağlığı sorunları olan bireyler için uzun süreli olarak hastanede kalma hizmetini sonlandırmayı amaçlamaktadır (Glendinning, 2013: 184).

Uzun süreli bakım hizmetleri için 1998’de yayınlanan Kraliyet Uzun Süreli Bakım Komisyonu önemli bir gelişme olarak görülmektedir. Zira bakım hizmetlerinin sağlanmasında maliyetlerin artışına vurgu yapılmıştır. Bunun yanı sıra özel veya kamu düzeyinde bir bakım sigortasının eksikliğine de dikkat çekilmiştir. Kraliyet komisyonu bakım hizmetlerinin ve kişisel bakım masraflarının devlet tarafından ödenmesi gerektiği yönünde öneride bulunmuştur. Kişisel bakım hizmetlerinin genel vergilendirme yoluyla ve değerlendirilen ihtiyaca göre finanse edilmesi gerektiği savunulmuştur. Bunun yanında hemşirelik hizmetlerinin ücretsiz olarak yerel yönetimler tarafından sunulması yönünde karar alınmıştır (Bowes ve diğerleri, 2011). Alınan kararlar doğrultusunda yerel yönetimlerin oluşturacakları bakım fonu genel vergilerden, yerel yönetimlerin fonundan ve bireylerin sisteme yapacakları katkı paylarından oluşturulmuştur (Oğlak, 2007: 145). Bu kapsamda Birleşik Krallık’ta 2020-2021 yıllarında yapılan 26 milyar sterlin toplam harcamanın %70,9’u (18,4 milyar sterlin) doğrudan yerel yönetim tarafından finanse edilmiştir (National Statistics and Official Statistics, 2021).

Birleşik Krallık’ta uzun süreli bakım hizmetleri genellikle alışveriş yapmak, yemek hazırlamak gibi ev işlerinde yardım, giyinme ve banyo yapma gibi kişisel bakımda yardım ve hemşirelik bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Bakım hizmetlerinin karma bir yapısı bulunmaktadır. Aile, arkadaşlar veya komşular tarafından sağlanan resmi olmayan veya ücretsiz bakım yaygın olarak görülmektedir. Resmi bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından sosyal hizmet olarak sunulmakta, toplum sağlığı hizmetleri

ve özel sektördeki kar amacı gütmeyen yatılı bakım evleri, huzurevleri, evde bakım ve gündüz bakım hizmetleri gibi kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Adelina Comas-Herrera ve diğerleri, 2012: 152).

Birleşik Krallık'ta uzun süreli bakım hizmetleri, bireyin yaşam kalitesini korumak amacıyla sürekli olarak sağlanan bakım olarak ifade edilmektedir. Bu hizmetler konutlarda, hemşire gözetiminde ve çeşitli topluluklar tarafından yerine getirilebilmektedir (National Statistics ve Official Statistics, 2021).

Tablo 16: Birleşik Krallıkta Bakım Hizmetleri Alan Birey Sayısı (2020-21)

	Tüm Yaş Grupları	18-64 yaş arası	65 yaş ve üstü
Hemşire Bakımı	76.385	7.225	69.160
Evde Bakım	177.650	36.950	140.700
Toplum Bakımı	586.825	245.310	341.515
Hapishane	385	210	175
Toplam	841.245	289.695	551.550

Kaynak: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-activity-and-finance-report/2020-21> Erişim Tarihi 21/02/2022

Yukarıdaki tabloda bakım hizmetleri alan birey sayısına bakıldığında bakım hizmeti alan toplam birey sayısının %65,56'sının 65 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında bakım hizmet türlerine göre bakıldığında bakım hizmetlerinin %69,75'i toplum bakımı olarak sağlanmaktadır. Tüm yaş gruplarında bakım hizmetlerinin %21,11'i ise evde bakım hizmeti olarak sunulmaktadır. Bu tablodan da görüldüğü üzere Birleşik Krallık'ta toplum bakım hizmetleri büyük bir önem taşımaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerde bakım hizmetlerinin %61,91'i toplum bakımı olarak sağlanmaktadır.

Tablo 17: Yıllar İtibariyle Birleşik Krallıkta Uzun Süreli Bakım Hizmeti Alan Birey Sayısı

	Tüm Yaş Grupları	18 ile 64 yaş arası	65 yaş ve üstü
2015-2016	872.520	285.025	587.495
2016-2017	868.440	290.835	577.600
2017-2018	857.770	292.380	565.385
2018-2019	841.850	293.415	548.435
2019-2020	838.530	290.075	548.450

Kaynak: NHS Digital, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-outcomes-framework-ascof/england-2020-21> Erişim Tarihi 25/02/2022

Yukarıdaki tabloda ise yıllar itibariyle uzun süreli bakım hizmeti alan bireyler yaş gruplarına göre sıralanmıştır. Son beş yıllık dönemde tüm yaş gruplarında uzun süreli bakım hizmeti alan birey sayısı %3,89 oranında azalış göstermiştir. Benzer bir şekilde son beş yıllık dönemde 65 yaş ve üstü bireylerin arasında uzun süreli bakım hizmeti alan birey sayısı %6,64 oranında azalmıştır. 18-64 yaş arasındaki bireylerde uzun süreli bakım hizmeti alan birey sayısı artış göstermiştir. 65 yaş ve üstü bireyler toplam bakım hizmeti alan bireylerin ortalama olarak %66,05'ini oluşturmaktadır.

Bakıma muhtaç bireylere sunulan bakım hizmetlerinin yanında çok az geliri olan veya hiç geliri olmayan bireylere katılım ödeneği (Attendance Allowance) ve engelli yaşam ödeneği (Disability Living Allowance) verilmektedir. Bu bakım ödeneğini alan aile bakıcıları, bakım sorumluluğu nedeniyle ücretli istihdama katılamadıkları için kaybedilen kazançlarına alternatif olarak bakıcı ödeneği (Carer's Allowance) talep edebilmektedir. Bu yardımlar Çalışma ve Emeklilik Bakanlığının sorumluluğunda yer almaktadır (Glendinning, 2013: 181). Bakım ödeneği alabilmek için belirli koşulları yerine getirmek gerekmektedir. Bakım hizmeti sunulan birey ile akraba olma zorunluluğu veya onunla birlikte yaşamak gerekmemektedir. Birden fazla kişiye bakım hizmeti sağlanması durumunda ekstra bakım ödeneği alınmamaktadır. Aynı kişiye birden fazla kişinin bakım hizmeti sunması durumunda sadece bir kişi bakım ödeneği talep edebilmektedir. Bakım hizmeti haftada en az 35 saat olarak gerçekleştiği takdirde haftalık olarak 67.60 sterlin ödeme yapılmaktadır (Government United Kingdom). Bu çerçevede 2021 yılında bakıcı ödeneği talep eden birey 1.3 milyondur. Bakıcı ödeneği

talep eden toplam bireylerin %28'i (370.000 kişi) ödenek almaya hak kazanmıştır (Department for Work and Pensions, 2021).

Ara bakım başka bir ifadeyle orta düzey bakım (intermediate care) kavramı, Birleşik Krallığın Ulusal Sağlık Sisteminde tanıtılmıştır ve yaşlılar için ulusal hizmet çerçevesinde geliştirilmiştir. Bakıma muhtaç bireylerin veya yaşlıların bir başkasına olan bağımlılığını ortadan kaldırmayı ve gereksiz hastaneye yatışını önlemeyi amaçlamaktadır (J.R. Melis ve diğerleri, 2004: 360). Bunun yanında ara bakım (intermediate care) kavramı, erken taburculuğu desteklemeyi ve uzun süreli yatılı bakım ihtiyaçlarını azaltmayı ve çok çeşitli kısa süreli hizmetleri kapsayan genel bir terimdir (Glendinning, 2013: 193).



BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU

3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Verilen Hizmetler

Sosyal güvenlik kurumu prim esasına göre çalışmaktadır. Bu yaklaşım çerçevesinde ülkemizde bakım sigortasına ilişkin primli sistem bulunmamaktadır. Sigortalı bireylere 5510 sayılı SSGSS kanunu çerçevesinde iş kazası, meslek hastalığı sonucunda sürekli iş göremezlik ödeneği ve malullük durumlarında malullük aylığı gibi parasal yardımlar yapılabilmektedir.

5510 sayılı SSGSS kanunu çerçevesinde bireyin sürekli iş göremezlik geliri alabilmesi için *“İş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlarda meslekte kazanma gücü en az %10 oranında azalmış olması ve Sağlık Kurulunca bu durumun tespit edilmiş olması gerekmektedir.”* Sürekli iş göremezlik geliri, sigortalının mesleğinde kazanma gücünün kaybı oranına göre hesaplanmaktadır. Sürekli tam iş göremezlikte sigortalı bireye 17. maddeye göre hesaplanan aylık kazancının %70’i oranında gelir bağlanmaktadır. Sürekli kısmi iş göremezlikte sigortalı bireye bağlanacak olan gelir, tam iş göremezlik geliri gibi hesaplanarak bunun iş göremezlik derecesi oranındaki tutarı kendisine ödenmektedir. Sigortalı, başka birisinin sürekli bakımına muhtaç ise gelir bağlama oranı %100 olarak uygulamaktadır (5510 Sayılı SSGSS Kanunu , 2006). Bunun yanında 5510 sayılı SSGSS kanununun 4.maddesinin 4 (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için iş kazası ve meslek hastalığı sigorta kolu uygulanmamaktadır ve vazife malullüğü aylığı bağlanmaktadır (5510 Sayılı SSGSS Kanunu , 2006).

Tablo 18: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Sürekli İş Göremezlik Ödeneği ve Vazife Malullüğü Alan Bireyler

Yıllar	4a kapsamında sürekli iş göremezlik ödeneği alan bireyler	4b kapsamında sürekli iş göremezlik ödeneği alan bireyler	4c kapsamında vazife malullüğü alan bireyler
2010	58.496	3	6.608
2013	61.403	64	9.921
2014	62.097	82	11.536
2015	65.361	116	11.939
2016	69.924	157	12.170
2017	72.831	204	12.934
2018	75.406	248	13.504
2019	78.917	292	14.039

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları

Yukarıdaki tabloya bakıldığında 4b kapsamında sürekli iş göremezlik ödeneği alan birey sayısının 4a ve 4c kapsamında ödenek alan birey sayılarından çok daha düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. 2010-2019 yılları arasında 4a kapsamında sürekli iş göremezlik ödeneği alan birey sayısı %34,91 oranında artış göstermiştir. 4c kapsamında vazife malullüğü alan birey sayısı ise %112,45 oranında artış göstermiştir.

Sigortalı bireyin malullük aylığı alabilmesi için 5510 sayılı kanunun 26.maddesine göre;

- “Sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun olarak düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az %60’ını kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malullük sigortası bakımından malul sayılmaktadır.*
- En az 10 yıldan beri sigortalı olup, toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malul olan sigortalılar için ise en az 5 yıldan beri sigortalı bulunup toplam 900 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması,*

- c) *Maluliyet nedeniyle sigortalı olarak çalıştığı işten ayrıldıktan veya işyerini kapattıktan veya devrettikten sonra Kurumdan yazılı istekte bulunması*” gerekmektedir. Ancak 4.maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki bireylerin kendi sigortalılığı sebebiyle genel sağlık sigortası primi dahil, prim ve her türlü borçlarının ödenmiş olması gerekmektedir (5510 Sayılı SSGSS Kanunu , 2006).

Tablo 19: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Malullük Aylığı Alan Bireyler

Yıllar	4a kapsamında malullük aylığı alanlar	4b kapsamında malullük aylığı alanlar	4c kapsamında malullük aylığı alanlar
2010	66.902	13.992	23.703
2013	69.153	18.639	24.528
2014	71.688	19.865	24.688
2015	73.004	20.727	25.070
2016	74.429	21.234	25.260
2017	75.978	21.766	25.750
2018	76.554	22.166	26.216
2019	77.752	22.542	26.653

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları

Yukarıdaki tabloya bakıldığında 2010-2019 yılları arasında 5510 sayılı kanunun 4a, 4b, ve 4c kapsamında malullük aylığı alan birey sayılarının sürekli artış gösterdiği görülmektedir. 4a kapsamında malullük aylığı alan birey sayısı 2010 yılından 2019’a kadar %16,21 oranında artış göstermiştir. 4b kapsamında malullük aylığı bağlanan birey sayısı ise 2010-2019 yılları arasında %61,10 oranında artış göstermiştir. 4c kapsamında malullük aylığı alan birey sayısı ise son 10 yılda %12,44 oranında artış göstermiştir.

3.2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler

Ülkemizde bakım sigortasına ilişkin sosyal güvenlik kurumu çerçevesinde primli bir sistem bulunmamakla birlikte devlet eliyle genel vergilerle finanse edilen bir bakım sigortası uygulaması da bulunmamaktadır. Ancak sosyal güvenlik kurumunun sigortalı

bireylere çeşitli durumlarda sunduğu bakım temelli hizmetlerin (sürekli iş göremezlik ödenekleri, malullük aylığı gibi) benzeri bakanlık ve benzeri devlet kurumları tarafından da sunulmaktadır. Bu başlık altında sosyal yardımlar uygulamaları ve evde bakım hizmetleri, resmi bakım ve rehabilitasyon merkezleri, özel bakım merkezleri, yaşlı bakım merkezlerinin yer aldığı bakım hizmetleri yer almaktadır.

3.2.1. Sosyal Yardımlar

Sosyal yardımlarla ilgili genel bir tanımlama yapılması mümkün gözükmemektedir. Zira sosyal yardımlar birden çok bakış açısından değerlendirilmektedir. Bu bağlamda hak temelli sosyal yardım ve sosyal güvenlik sistemi dışında kalan bireyler için ihtiyaç tespiti ve kaynak tespitine dayanan sosyal yardım yaklaşımları bulunmaktadır. Bu farklı yaklaşımları ortak payda da buluşturan bireylerden katkı payı ödemesi alınmamasıdır (Metin, 2011: 185). Sosyal yardımlar yardıma ihtiyacı olan bireylere yapılan maddi yardımlardır. Söz konusu destekler ayni ve nakdi nitelik taşımaktadır ve karşılıksız yapılan bir destek olarak ifade edilebilmektedir (Seyyar, 2015: 422). Sosyal yardım kavramına bakış açıları Beveridge ve Bismarck yaklaşımlarında farklılık göstermektedir. Bismarck modeli sosyal yardımı sosyal güvenlik sistemlerinin dışında tutarken Beveridge yaklaşımında ise sosyal yardım sosyal güvenlik çerçevesinde kabul edilerek tüm ülke bireylerini kapsamaktadır. Ülkemiz açısından bakıldığında sosyal yardım yaklaşımının özü 1982 Anayasasının 60.maddesine dayanmaktadır. Ülkemizde sosyal yardım uygulamaları primsiz rejim sınıflandırması içinde yer almakta ve söz konusu yardımların yürütülmesi çeşitli kamu kuruluşları tarafından yerine getirilmektedir (Bulut, 2011: 61-62). Bu çerçevede ulusal düzeyde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü ve yerel düzeyde ise Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığıyla sunulmaktadır (Selek Öz ve Balta, 2020: 83).

Ülkemizde sosyal yardımların tarihsel gelişimine bakıldığında 1976'ya kadar gönüllülük esasının hakim olduğu ifade edilebilmektedir. Bu durumun gerçekleşmesinde Osmanlı'dan gelen vakıf anlayışının etkili olduğu söylenebilmektedir. Özellikle Cumhuriyetin ilk yıllarında “Kızılay, Darülaceze, Çocuk Esirgeme Kurumu” gibi kurumlar doğrultusunda bir sosyal yardım yaklaşımı benimsenmiştir (Metin, 2011: 186). 1977 yılında çıkarılan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve

Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun ülkemiz açısından sosyal yardımların ilki olarak kabul edilmektedir. İlgili kanun doğrultusunda ihtiyaç sahiplerine gerekli şartları sağlamaları durumunda yaşlı aylığı veya engelli aylığı bağlanabilmektedir. Yaşlı aylığı için 65 yaşını doldurmuş olmak ve 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu çerçevesinde gelire sahip olmamak, Sosyal Güvenlik kurumundan bir gelir elde etmemek, uzun vadeli sigorta kollarına prim ödeyecek şekilde çalışmamak, bireyin ve eşinin aylık gelirinin asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olması gerekmektedir (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Engelli bireylerin ise yetkili hastanelerden alacakları sağlık raporu en az %70 oranında 18 yaşını doldurmuş ve bir başkasının desteği olmadan hayatını devam ettirememesi durumunda, sağlık raporu %40 ile %69 arasında olup 18 yaşını doldurmuş Türkiye İş Kurumu tarafından işe yerleştirilmemiş vatandaşların ve sağlık raporu %40 oranında olup 18 yaşını tamamlamamış engelli vatandaşların bakımını yerine getirme görevini üstlenen yakınlarına engelli aylığı bağlanmaktadır. Söz konusu aylık 18 yaşını doldurmuş olan bireylerin kendisini, 18 yaşını doldurmamış olan bireylerin kanuni temsilcilerini kapsamaktadır. Temsilcilerin ve bireyin kendisinin nafaka gelirine sahip olmaması, uzun vadeli sigorta kollarına prim ödeyecek şekilde çalışmaması ve sosyal güvenlik kurumundan gelir hakkına sahip olmaması gerekmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021).

Tablo 20: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Engelli Aylığı ve 65 Yaş Aylığı Alan Birey Sayısı

	Bakıma Muhtaç Engelli (%70 ve üzeri)		Engelli (%40-%69)		Yaşlı Maaşı (65+)	
Yıllar	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)	Kişi Sayısı	Tutar (Milyon TL)
2010	168.559	616	290.558	728	848.826	1.059
2011	187.711	689	293.141	753	797.426	1.055
2012	201.670	847	298.617	848	668.351	1.046
2013	225.457	1.089	300.242	984	632.407	1.009
2014	268.038	1.259	332.432	1.069	629.590	1.009
2015	280.288	1.383	338.588	1.142	608.513	1.250
2016	284.951	1.577	338.814	1.278	620.019	1.580
2017	284.625	1.748	335.769	1.399	618.162	1.766
2018	287.726	1.681	341.825	1.341	709.590	2.900
2019	287.820	2.287	352.125	1.855	805.432	5.574
2020	277.553	2.516	346.752	2.104	825.573	6.423

Kaynak: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

Yukarıdaki tabloya bakıldığında son 10 yıl içerisinde engelli aylığı, 65 yaş aylığı ve aylıklara ayrılan kaynak miktarları sürekli artış göstermiştir. %70 ve üzeri engelli oranı ile aylık alan birey sayısı son 10 yıl içerisinde %64,66 oranında artış göstermiştir. %70 ve üzerindeki bir oran ile engelli aylığı alan bireylere harcanan toplam tutar 2010 yılından 2020 yılına kadar yaklaşık 4 kat artmıştır. Engelli rapor oranı %40 ile %69 arasında olan birey sayısı son 10 yıl içerisinde %19,34 oranında artış göstermiştir. Engelli raporu %40 ile %69 arasında olan engelli bireylere ödenen toplam tutar son 10 yılda 2,8 kat artış göstermiştir. Bu verilerin yanında engelli aylığı alan bireylere 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu çerçevesinde evde bakım desteği verilmektedir. Engelli bireylerin evde bakım desteği alabilmesi için (10.000) gösterge rakamı ile memur aylık

katsayısının çarpımı sonucu çıkan miktar kadar aylık olarak sosyal yardım yapılmaktadır (2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu, Md.7).

Yukarıdaki tabloda 65 yaş aylığı alan birey sayısına son 10 yıllık periyod çerçevesinde bakıldığında %2,73 oranında azaldığı görülmektedir. Toplam ödemeler çerçevesinde bakıldığında 65 yaş aylığı için yapılan toplam ödemelerde yaklaşık 6 kat artış görülmektedir.

1977’de çıkarılan 2022 sayılı kanun çerçevesinde sunulan haklar ve yararlanabilen grupların yanında 1980’li yıllardan sonra benimsenen Neo-Liberal politikalar ile birlikte ülkemizde iç göçün artması ve beraberinde geçekondulaşmanın ortaya çıkması, aile yapılarının değişmesi, küreselleşme olgusu ve teknolojik gelişmeler ile beraber esnek çalışmanın daha da yaygınlaşması, kayıt dışı istihdamın artması ile birlikte ekonomik zorlukların oluşması sonucunda çalışan yoksul sınıflar ortaya çıkmıştır. Bu gelişmeler il birlikte yoksul bireyler sosyal riskler karşısında daha savunmasız kalmıştır ve ülkemizde ise sosyal politika temel eksenini büyük ölçüde sosyal yardım üzerine temellendirmiştir (Karagöz, 2020: 153). Sosyal yardım çerçevesinde 1980’li yıllarda birçok kanun çıkarılmıştır. 1982’de 2684 sayılı ilk ve ortaöğretimde yatılı ve burslu olarak eğitim gören öğrencilere yönelik bakanlık tarafından verilen sosyal yardım, 1983’te çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile nakdi ve ayni nitelikte sosyal yardımlar ile koruma ve bakım hizmetleri de sunulmuştur (Zengin ve diğerleri, 2012: 137). 1986 yılında ise 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun bakım ihtiyacı olan yurttaşlara destek olmayı ve gelir dağılımının adaletle uygun bir şekilde dağıtılmasını sağlamayı ve bireyleri dayanışma konusunda özendirmeyi kendisine misyon edinmiştir (3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, Md.1). Bu kanun ile birlikte ülkemizde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ihtiyacı olan bireylere yardımda bulunmak amacıyla kurulmuştur (Daşlı, 2018: 532). Bunun yanında Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ise 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile birlikte hayata geçirilmiştir. Söz konusu fon sosyal yardımlaşma ve dayanışmanın kanuni gerekliliklerini yerine getirme noktasından önemli düzenlemeler yapmıştır. Sosyal yardımların daha etkili olması konusunda yapılan programlar çerçevesinde 2004 yılında 5263 sayılı kanun hayata geçirilerek Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü kurulmuş, 2011’de ise sosyal

yardım ve sosyal hizmet faaliyetlerini yürüten kuruluşları tek çatı altında toplamak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmuştur (Türkoğlu, 2013: 287).

Sosyal yardım niteliğine sahip uygulamalardan biri yeşil kart uygulamasıdır. Ülkemizde 1992’de ödeme güclüğü çeken bireylerin tedavi süreçlerini desteklemek amacıyla yürürlüğe giren yeşil kart uygulaması sosyal sigorta sistemi içerisinde yer almayan vatandaşlar için ve asgari ücretin 1/3’ünden daha az gelire sahip olanlara sağlık hizmeti sunmak amacıyla çıkarılmıştır (Türkoğlu, 2013: 295). Yeşil kart uygulaması geçici niteliğe sahip bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Zira 1 Ekim 2008’de yürürlüğe giren SSGSS kanunu ile ödeme noktasında zorluklarla karşılaşan bireylerin GSS kapsamına girmesi planlanmıştır. Söz konusu uygulama 2011 tarihinde sona ermiştir (Zengin ve diğerleri, 2012: 139).

Tablo 21: Rakamlarla Türkiye’de Sosyal Yardımlar

Tür	2019	2020
Toplam Sosyal Yardım Harcaması (TL)	55 Milyar	69 Milyar
Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğünce Yapılan Sosyal Yardım Harcaması (SYDTF + Genel Bütçe)	38 Milyar	43 Milyar
Düzenli Yardımlardan Yararlanan Hane Sayısı	2.501.106	2.450.080
Geçici (Sürelili) Yardımlardan Yararlanan Hane Sayısı	2.106.961	2.733.721
Toplam Sosyal Yardımların GSYİH İçindeki Payı	%1,24	%1,42
Sosyal Yardımlardan Faydalanan Hane Sayısı	3.282.975	6.630.682
Nakdi Yardımların Tüm Yardımlar İçindeki Payı	%93	%96

Kaynak: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2020 Faaliyet Raporu

Yukarıdaki tabloda genel göstergelerle ülkemizdeki sosyal yardım istatistikleri yer almaktadır. Toplam sosyal yardım harcaması 2019’dan 2020’ye %25,45 oranında artış göstermiştir. Toplam sosyal yardımların GSYİH içerisindeki oranı 2020 yılında bir önceki yıla göre %14,51 oranında artarak %1,42 seviyesine ulaşmıştır. Sosyal yardımlardan yararlanan hane sayısı ise 2020 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık 2 kat artış göstermiştir. Diğer bir ifadeyle sosyal yardımlardan yararlanan hane sayısı 2019’dan 2020 yılına %101,97 oranında artış göstermiştir. Sosyal yardımların içerisinde

nakdi yardımların payı 2019'da %93 iken 2020'de %3,12 oranında artış göstererek %96 seviyesine ulaşmıştır.

Sosyal yardımların büyük bir kısmını nakdi yardımlar oluşturmaktadır. Bu nakdi yardımlar engelli aylığı, 65 yaş aylığının yanında çeşitli yardımlardan oluşmaktadır. Nakdi yardımların yanı sıra aynı nitelikte yardımlarda bulunmaktadır. Bu çerçevede gıda yardımları, öğle yemeği yardımları, yakacak yardımı ve eğitim gereçlerinin sağlanması gibi çok çeşitli yardımlarda sunulmaktadır (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020a: 149). Söz konusu yardımlar Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının yanında bakanlığa bağlı sosyal yardımlar genel müdürlüğü tarafından yakacak, gıda, eğitim ve sağlık konularında yardım hizmetleri sunmaktadır (Daşlı, 2018: 533).

Ülkemizde sosyal yardım hizmetleri doğrultusunda birçok sorun bulunmaktadır. Gerçekleştirilen sosyal yardım faaliyetlerinin profesyonel bireyler tarafından denetlenmemesi, bunun yanında desteğe ihtiyacı olan bireylerin sosyal yardım faaliyetleri hakkında bilgi sahibi olmaması ve yol gösterici uzman çalışan sayısının yetersiz olması gibi çeşitli sorunlar yer almaktadır. Yapılan sosyal yardım faaliyetlerinin kayıt dışı istihdamın önemli sebepleri arasında olduğu da ifade edilmektedir (Karaarslan, 2010: 50). Sosyal yardımların kurumsal açıdan sorunları ise başvuru süreçlerindeki sosyal yardıma olan ihtiyacı belgelendirmek için hazırlanan evraklar ve bürokratik işlemlerin çıkardığı sorunlar, afişe edilme endişesi gibi durumlar ile karşılaşmıştır. Bu doğrultuda 2009'da Sosyal Yardım Bilgi Sistemi (SOYBİS) kurulmuştur (Karagöz, 2020: 160). Geliştirilen bu sistem sosyal yardıma ihtiyacı olan bireylerin şahsına ait olan verileri online veri paylaşım yoluyla gerçekleştirilmeyi amaçlamıştır. İlerleyen süreçte SOYBİS'in yanı sıra daha gelişmiş bir Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi (BSYS) hayata geçirilmiştir. Bu uygulama ile desteğe ihtiyacı olan bireylerin kurumlara erişim sorunu büyük ölçüde çözülmüştür (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2017: 13).

3.2.2. Bakım Hizmeti

Bakım hizmetleri bireylerin günlük yaşamlarındaki rutin faaliyetlerini yerine getirmekte zorluklarla karşılaşması ve bir başkasının yardımına ihtiyaç duyması durumu olarak ifade edilebilir. Ülkemizde bakım hizmetleri konusunda engelli ve yaşlı bireyler

çerçevesinde hizmet sunumları gerçekleştirilmektedir. Bu başlık altında ülkemizde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sunulan bakım hizmetlerine yer verilmektedir. Bu anlayış doğrultusunda sunulan hizmetler evde bakım hizmetleri, resmi bakım ve rehabilitasyon merkezleri, özel bakım merkezleri ve yaşlı bakım hizmetleri altında sunulan huzurevi hizmeti, yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmeti ve yaşlı yaşam merkezleri çerçevesinde ele alınmaktadır.

3.2.2.1. Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri, bakıma ihtiyaç duyan yaşlı, engelli veya sürekli bakıma ihtiyacı olan hastaların yaşadıkları evlerinde aile üyelerinin sorumluluğunda veya bakım hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar tarafından sağlanan hizmetleri ifade etmektedir. Evde bakım hizmetleri disiplinler arası hizmet organizasyonu doğrultusunda profesyonel düzeyde nitelikli hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi olarak da ifade edilebilmektedir (Seyyar, 2008: 131). Evde bakım hizmetleri farklı amaç doğrultusunda hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Bu çerçevede evde bakım hizmetlerini kısa süreli ve uzun süreli evde bakım hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür. Kısa süreli evde bakım hizmetleri bireyin bakım ihtiyacının veya tedavisinin hekimin onayı ile evinde sağlanacak düzeyde olması durumunda bakım hizmetlerinin evde sürdürülmesi durumudur. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise bireyin kendi evinde sağlığına kavuşması için sunulan hizmetler bütünüdür. Uzun süreli evde bakım hizmetleri kanser, felç gibi tedavisi ve bakım süreci uzun olan hastaların aile bireylerinin yükünü hafifletme açısından büyük önem taşımaktadır. Evde bakım hizmetleri çerçevesinde temizlik, ev işlerinde yardım, manevi bakım, sosyal bakım ve sağlık bakımı gibi çeşitli bakım hizmetleri sunulmaktadır (Seyyar, 2015: 165-166).

Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile ilgili çok çeşitli kanun ve yönetmelikler bulunmaktadır. Evde bakım hizmetleri ilk olarak 1930'da çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda geçmektedir. Bu kanun çerçevesinde ev ziyareti adı altında evde tedavi süreçlerinin takip edilmesi ve sürdürülmesine ilişkin hükümler yer almaktadır (Çoban ve diğerleri, 2014: 159). Bunun yanında 1961'de çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu doğrultusunda doktorların, ebelerin ve hemşirelerin evde hasta bakımına yönelik hükümlere yer verilmiştir (Bilge ve diğerleri, 2014: 3). 1983 yılında çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu

çerçevesinde evde bakım desteği hizmeti yer almaktadır. 2005'te yürürlüğe giren 5378 sayılı Engelliler Kanunu kapsamında engelli bireylerin bir başka kişiye muhtaç olmadan yaşamlarını sürdürebilmeleri için ihtiyaç dahilinde olan çeşitli bakım hizmetleri sunulmaktadır (5378 Sayılı Engelliler Kanunu , Md.6). Ülkemizde 2005 yılına kadar evde bakım hizmeti sağlayacak resmi bir oluşum gerçekleşmemiştir. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde çıkarılan 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik çerçevesinde bireylerin ve toplumun genel sağlığını korumak amacıyla evde bakım hizmeti sunan kurum ve kuruluşların faaliyete geçmesi ve denetlenmesine ilişkin hükümler düzenlenmiştir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik , Md.1). Evde bakım hizmetleri açısından atılan önemli adımlardan birisi 2004'te devlet hastanelerinin yatağa uzun süreli bağımlı olan hastalar için evde bakım hizmeti sunmaya başlamış olmasıdır. Bu tarihten itibaren birçok hastaneler evde bakım hizmetini uygulamaya geçirmiştir (Altuntaş ve diğerleri, 2010: 156). Bunun yanında kamuya ait hastanelerin dışında özel şirketlerinde cepten ödeme yoluyla evde bakım hizmet sunumları bulunmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 99). Tarihsel gelişim perspektifinden bakıldığında evde bakım hizmetlerine yönelik doğrudan ve dolaylı olarak birçok düzenleme yapıldığı açık bir şekilde görülmektedir. Diğer bir ifadeyle ülkemizde evde bakım hizmetlerinin yapısı dağınık bir görüntü sergilemektedir. Başta evde bakım hizmetleri olmak üzere bakım hizmetleri konusunda vatandaşlara bakım güvencesi sağlayacak ve tek çatı altında çeşitli düzenlemelerin yer aldığı bir bakım sigortasının eksikliği hissedilmektedir (Selek Öz, 2010: 186).

Ülkemizde evde bakım hizmetleri başta Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır (Selek Öz, 2010: 123). Ülkemizde evde bakım hizmeti uygulamalarına ilişkin evde bakım desteği hizmeti sunulmaktadır. Evde bakım desteği, engelli vatandaşların yaşamlarını sürdürmelerinde yardımcı olan bireylere Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının İl Müdürlüğü aracılığıyla yapılan destek olarak ifade edilmektedir. Engelli yaşlı bireylerinde gerekli şartları yerine getirmeleri durumunda evde bakım desteğinden yararlanmaları mümkündür. Bu şartlar yetkili hastanelerden en az %50 engelli raporu alınması, bireyin yaşamını sürdürdüğü hane içerisindeki toplam gelirden ortalama olarak aylık gelirin, bir aylık net asgari ücretin 2/3'ünden daha az olması ve bireyin bakıma muhtaç olduğunun değerlendirme heyetlerinin onayından oluşmaktadır (Aile

Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Evde bakım desteğinden yararlanan engelli birey sayısı 2007’de 28.583 iken 2010’da 279.580’e ve 2021’de 535.700’e yükselmiştir. Evde bakım desteğinden yararlanan birey sayısı 2007-2021 yılları arasında yaklaşık 18 kat artış göstermiştir. Evde bakım desteği alan bireylere hastalık türlerine göre bakıldığında %32’sini zihinsel rahatsızlığı olan bireyler oluştururken, %22’sini uzun süreli hastalıklara sahip olan bireyler oluşturmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 48-49). Engelli vatandaşlara yönelik 2006’da başlatılan evde bakım yardımı uygulaması çerçevesinde bireylere ödenen evde bakım yardımının tutarı 2021 yılının ilk yarısında 1.657 TL olduğu ifade edilmektedir (Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020a: 93).

Evde bakım hizmetlerinin avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Avantajları açısından bakıldığında evde bakım hizmetleri hastanede sunulan imkanların gereksiz kullanımını önlemektedir. Bunun yanında bireyin hastanedeki tedavi sürecinde maruz kalabileceği enfeksiyon riskini büyük ölçüde azaltmaktadır ve evde bakım hizmeti alan bireyin kendi kendini yönetme hakkına sahip olmasına imkan vermektedir. Dezavantajlarına bakıldığında ise evde bakım hizmetleri yeni bir sektör olduğu için denetim mekanizmasının işlerliğine ilişkin problemler ortaya çıkmaktadır. Evde bakım hizmeti alan bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirme noktasında aile bireyleri güçlüklerle karşılaşabilmektedir ve bu durum aile fertleri üzerinde baskı oluşturmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 97-98). Ülkemizde evde bakım hizmetleri konusunda geliştirilmesi beklenen önemli konularda bulunmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı bakım merkezlerinde personel yetersizliğinin olması sebebiyle evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar problemlerle karşılaşmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021a: 55). Personel yetersizliğinin giderilmesi amacıyla İŞKUR vasıtasıyla eğitim programları düzenlenmeli ve mesleki yeterlilikler oluşturulmalıdır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021a: 59). Evde bakım hizmetleri sektöründe yerli ve ulusal niteliğe sahip teknolojik ilerlemeleri sağlayacak projelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019: 133).

3.2.2.2. Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Verilen Hizmetler

Engelli bireylerin resmi kurum ve kuruluş bünyelerinde bakım hizmeti almaları mümkündür. Bakıma muhtaç engellilerin bakımı, rehabilitasyonu ve aile danışmanlığı hizmetlerine dair yönetmelik çerçevesinde bakıma gereksinim duyan engelli bireylerin ya da yasal temsilcilerinin istekleri ve ilgili kuruluşların kapasitelerinin uygun olması sonucunda resmi bakım kuruluşlarından bakım hizmeti alınabilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 52). Bu doğrultuda bireyin bakıma muhtaçlık durumu ile maddi durumunu ortaya çıkartacak incelemeler yapılmaktadır. İncelemeler doğrultusunda kurum ve gereksinime göre bakım hizmetleri belirlenmektedir (Kılıç ve Yılmaz, 2018: 7).

Engelli bireylerin toplumsal gelişime katılımını artıracak unsurlardan birisi de umut evleridir. Umut evleri, resmi bakım hizmetlerinden yararlanan engelli vatandaşların bir başka kişiye ihtiyaç duymadan toplum ile kaynaşmasını sağlayacak ve daha eşitlikçi bir toplum yapısının ortaya çıkacağını ön görerek geliştirilen ve engelli vatandaşların yaşam kalitesini artıran bir uygulamadır (Erol ve diğerleri, 2021: 629).

Tablo 22: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Engelli Bireylere Yönelik Yatılı ve Gündüzlü Resmi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinin Yıllara Göre Dağılımı

	Yatılı			
Yıllar	Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	Umut Evi	Gündüz Hizmetin de Verildiği Yatılı Kuruluş Sayısı	Toplam
2008	56	1	15	72
2013	81	48	6	135
2014	85	84	5	174
2015	87	111	5	203
2016	93	128	6	227
2017	97	138	6	241
2018	97	146	7	250
2019	104	151	72	277
2020	105	152	127	279
2021	104	144	129	273

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni Aralık 2021

Yukarıdaki tabloya göre engelli bireylere hizmet veren resmi bakım ve rehabilitasyon merkezi sayısı 2008’de 56 iken 2021’de 104’e yükselmiştir. Son 13 yılda resmi bakım ve rehabilitasyon merkezi sayısı yaklaşık %85,71 oranında artış göstermiştir. Umut evleri sayısına bakıldığında ise ilk umut evi 2008’de kurulmuştur ve 2021’de 144’e yükselmiştir.

Resmi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan engelli sayısına bakıldığında 2002’de yatılı olarak hizmet gören birey sayısı 1.843 iken 2021’de 7.211’e yükselmiştir. Son yirmi yılda yatılı olarak hizmet gören engelli birey sayısı yaklaşık 3.9 kat artış göstermiştir. Gündüz hizmetlerinden yararlanan engelli birey sayısı ise 2002’de 2.065 iken 2021’de 931’e gerilemiştir. Son yirmi yılda gündüz hizmetlerinden yararlanan engelli birey sayısı 2,2 kat azalış göstermiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 53).

3.2.2.3. Özel Bakım Merkezlerinde Verilen Hizmetler

Ülkemizde özel sektör alanında bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin düzenleme 2006'da çıkarılan Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde yapılmıştır. Bu yönetmelik ile engelli bireylere yönelik olarak yatılı bakım hizmetlerini sunma yetkisi gerçek ve tüzel kişiliğe sahip kurum ve kuruluşlara verilmiştir. Aile fertlerinin sorumluluğu altında bulunmayan veya bakım hizmetini yürütecek kimsesi bulunmayan engelli kişiler özel bakım merkezlerinde güvence altına alınmaktadır (Kılıç ve Yılmaz, 2018: 7). Devlet maddi imkanı olmayan engelli ve yaşlı bireylere yönelik olarak özel bakım merkezlerine iki aylık asgari ücret tutarında ödeme yaparak bu bireylerin bakım masraflarını karşılamaktadır (Genç ve Barış, 2015: 41). Bunun yanında yönetmelik çerçevesinde özel bakım merkezleri bakıma ihtiyacı olan engelli bireylere yatılı ve gündüzlü olmak üzere hizmet sunumu gerçekleştiren sosyal hizmet kurumu olarak ifade edilmektedir (Açıkgöz ve diğerleri, 2016).

Özel bakım merkezlerinde bireylerin günlük hayatta rutin olarak yerine getirdikleri faaliyetlere ilişkin çok çeşitli hizmetler sunulmaktadır. Bireyin banyo, yemek, vücut temizliğinin yanı sıra müzik, resim gibi sanatsal aktiviteler ve sosyal etkinlikler gerçekleştirilmektedir (Kılıç ve Yılmaz, 2018: 7).

Özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti sunan merkez sayısı 2007'de 10 iken, 2012'de 148'e, 2017'de 196'ya ve 2021'de 294'e yükselmiştir. Son 14 yılda özel bakım merkezi sayısı yaklaşık 29,4 kat artış göstermiştir. Özel bakım merkezlerinin kapasitesi 2007'de 915 iken, 2012'de 12.869'a, 2017'de 17.690'a ve 2021'de 29.508'e yükselmiştir. Son 14 yılda özel bakım merkezlerinin kapasitesi yaklaşık 32,2 kat artış göstermiştir. Özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti alan engelli birey sayısı ise 2007'de 351 iken, 2012'de 9.328'e, 2017'de 14.080'e ve 2021'de 25.346'ya yükselmiştir. Özel bakım merkezlerinde bakım hizmeti alan engelli birey sayısı son 14 yılda yaklaşık 72,2 kat artış göstermiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 57). Bunun yanında özel bakım merkezlerinin engelli bireylere yönelik ayırdıkları bütçeleri 2007'de 1 milyon tl iken, 2012'de 137 milyon tl'ye yükselmiştir ve 2017'de 400 milyon tl'ye ve 2021'de 1 milyar tl'ye yükselmiştir. Son 14 yılda özel bakım merkezleri tarafından engelli bireyler

için ayrılan bütçe yaklaşık 1000 kat artış göstermiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 59).

3.2.2.4. Yaşlı Bakım Hizmetleri

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yaşlı bakım hizmetlerinde bakım hizmeti sunulan yaşlı bireylerin yaşadıkları ortamdan ayrılmamalarını öncelik olarak kabul etmekte ve bu doğrultuda hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Fakat bazı durumlarda hizmet sunumu yaşlı bireylerin evlerinde gerçekleştirilememekte ve ev tipi kuruluşlarda ve düşük kapasiteli bakım merkezlerinde sunulmaktadır. Bu çerçevede ülkemizde yaşlı bireylere yönelik sunulan bakım hizmetleri kurumsal bakım hizmetleri (huzur evi), yaşlı yaşam merkezleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır (Karakuş, 2018: 131).

Yaşlı bireylere sunulan kurumsal bakım hizmetleri (huzurevi) maddi imkanı olmayan bireylere yönelik ücretsiz olarak sunulan, maddi imkanı olup sosyal yoksunluk içerisinde yaşayan bireylere de ücretli olarak sunulan hizmetler bütünüdür (Gürer ve diğerleri, 2019: 5). Ülkemizde yaşlı bireylere yönelik kurum bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yürütülmektedir. Yaşlı bireyler açısından bakıldığında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde huzurevlerine ilişkin çok çeşitli yönetmelikler bulunmaktadır. Bunlardan birkaçı Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, Özel Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliğinden oluşmaktadır. Söz konusu yönetmelikler farklı şartlar altında fakat yaşlı bireylerin refahını sağlama gibi ortak amaç doğrultusunda hizmet sunumu gerçekleştirmektedir (Özmete ve Hussein, 2017: 36-37). Bu çerçevede Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevleri ve rehabilitasyon merkezlerinde hizmet sunumu alabilmek için belirli koşulları sağlamak gerekmektedir. Huzurevlerine yerleşebilmek için 60 yaş ve üzerinde olmak, bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmesine engel olacak bir rahatsızlığın bulunmaması, akıl sağlığı yerinde olmak, bulaşıcı hastalık ve bağımlılık oluşturan madde kullanmamak, maddi ve manevi olarak ekonomik yoksunluk içerisinde olmak gibi koşullar bulunmaktadır (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020: 20). Özel Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde özel huzurevlerinde bakım hizmeti alınabilmesi

için bireyin 55 yaşını doldurmuş olması gerekmektedir. Bunun yanında bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlar için gerekli olan bulaşıcı bir hastalığın bulunmaması, akıl sağlığının yerinde olması, madde bağımlılığı olmama gibi şartlar bulunmaktadır (Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, Md.26). Huzurevlerinde yaşamını sürdüren bireyler belirli süre sonra sağlık sorunları yaşayabilmektedir. Bu doğrultuda bir başkasının desteğine muhtaç olan bireyler için huzurevlerinin özel bakım bölümleri faaliyet göstermektedir (Şenol ve Erdem, 2017: 36).

Tablo 23: Yıllar İtibariyle Türkiye’deki Bakanlığa Bağlı Huzurevlerine İlişkin Bilgiler

Yıllar	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
2002	63	6.477	4.952
2007	70	7.552	6.477
2012	106	11.706	10.951
2017	144	14.793	13.692
2018	146	14.967	13.883
2019	153	15.385	13.888
2020	158	15.975	13.970
2021	165	17.091	12.686

Kaynak: Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni Aralık 2021

Yukarıdaki tabloda huzurevi sayısı 2002 yılından 2021 yılına kadar sürekli artış göstermiştir. Son 19 yılda huzurevi sayısı yaklaşık 2,6 kat artış göstermiştir. Benzer bir şekilde huzurevlerinde kapasitesi de son 19 yılda yaklaşık 2,6 kat artış göstermiştir. Huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı ise son 19 yılda yaklaşık 2,5 kat artış göstermiştir. Huzurevlerinin mevcut kapasiteleri içerisinde bakım hizmeti alan birey sayısı oranı 2002’de %76,45’dir. Bu oran 2007’de %85,76’ya, 2012’de ise %93,55’e yükselmiştir. Ancak 2021’de mevcut kapasite içerisinde bakım hizmeti alan birey sayısı %74,22 seviyesine gerilemiştir.

2021 yılı itibariyle ülkemizde bulunan huzurevi sayısı 449’dur. Bu huzurevlerinin %58,57’sini özel sektördeki huzurevleri oluşturmaktadır. Geriye kalan %41,42’sini çeşitli kamu kurum ve kuruluşları oluşturmaktadır. Bu çerçevede bakanlığa bağlı

huzurevi sayısı 165 iken, diğer bakanlık ve yerel yönetimlere ait huzurevi sayısı 21'dir. Aile ve Sosyal Hizmetler bakanlığı dışında Milli Eğitim Bakanlığı ve Yerel Yönetimlere ait huzurevlerinin kapasitesi 2.957'dir ve bakılan kişi sayısı sayısı ise 1.731'dir. Diğer bir ifadeyle Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarının doluluk oranı %58,53'dür. (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 67). Bakanlığa bağlı huzurevleri, diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait huzurevleri ve özel huzurevlerinde bakım hizmeti alan toplam birey sayısı 25.975'dir.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde geçici ya da sürekli olarak korunmaya ve rehabilitasyona ihtiyacı olan, bulaşıcı hastalığı olmayan, madde bağımlılığı bulunmayan sosyal veya ekonomik olarak yoksunluk içerisinde olduğu tespit edilmiş 60 yaş ve üzerindeki bireylere hizmetler sunulmaktadır. (Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020: 20). Yaşlı yaşam merkezleri ise huzur evlerine ilave birim olarak kurulan, huzurevlerinde barınma koşullarına sahip olan 3 ile 6 arasında 60 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin ilgili kuruluş bünyesindeki ev veya apartmanlarda beslenme, banyo, vücut temizliği gibi günlük yaşam aktivitelerinin karşılandığı merkezlerdir (Selek Öz ve Balta, 2020: 87). Bunun yanı sıra yaşlı yaşam evlerinde bireylerinin her türlü gereksinimlerini karşılamak amacıyla 1 yaşlı bakım personeli çalışmaktadır (Karakuş, 2018: 148). 2021 yılı verilerin göre bakanlığa bağlı yaşlı yaşam merkezi sayısı 8'dir. Yaşlı yaşam merkezlerinin kapasitesi 35'dir ve bakım hizmeti alan birey sayısı 25'dir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 67).

Huzurevi ve Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri bünyesinde yer durumunun uygun olması halinde geçici ve gündüz bakım hizmetleri de sunulmaktadır. Ancak kuruluşların kapasitelerinin dolu olması ve sırada bekleyen yaşlı bireylerin bulunması sebebiyle sınırlı düzeyde yaşlı bireye sunum gerçekleştirilmektedir (Karakuş, 2018: 133). Oysa ki gündüz bakım merkezleri 1970'li yıllardan itibaren başta gelişmiş ülkeler olmak üzere huzurevlerinin artan maliyetlerine alternatif olarak kurulmuşlardır (Oğlak, 2011: 121). Huzurevleri bünyesinde gündüz bakım hizmetleri faaliyet göstermektedir ve 32 gündüz bakım hizmeti sunan yaşam merkezi bulunmaktadır. Yaşlı gündüz yaşam merkezinin kapasitesi 532'dir ve hizmet alan yaşlı birey sayısı 301'dir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021: 67).

Ülkemizin nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylere yönelik sunulan hizmetlerin kalitesi toplumun geleceği açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Yapısal sorunlardan birisi yaşlı bakım hizmetlerine gereksinim duyan bireylere ulaşılabilecek bir sistemin oluşturulmamış olmasıdır. Dolayısıyla ülkemizde yaşlı bakım hizmetine ihtiyacı olan birey sayısı bilinmemektedir. Yaşlı bakım hizmetine ihtiyacı olan bireylere ilişkin net verilerin bulunmaması yapılan planlama ve stratejileri demografik durum, talep üzerine hizmet sunumu gibi sınırlı düzeyde hareket edilmesine neden olmaktadır (Karakuş, 2018: 163). Kurumsal bakım hizmeti niteliği taşıyan huzurevi bakımına alternatif olarak hizmet kuruluşlarının faaliyete geçirilmemesi, yaşlıların bakım hizmetlerini evlerinde geçirmelerini sağlayacak güçlü bakım stratejilerinin oluşturulmaması önemli eksiklikler olarak görülmektedir (Özmete ve Hussein, 2017: 72). Yaşlı bakımında toplumda farkındalık oluşturacak çalışmalar ve yaşlı bireylere yönelik aktif yaşlanma, hayat boyu öğrenme gibi çalışmalar yeterince geliştirilmemiştir. Yaşlı bakım elemanların eğitim ve çalışma hayatına ilişkin nitelik ve niceliksel sorunlar olduğu ifade edilmektedir. Yaşlı bakım hizmetlerinin de içinde yer aldığı bir kapsamlı bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır (Karakuş, 2018: 163).

Yaşlı bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi yönelik çeşitli adımların atılması gerekmektedir. Yaşlı bakım hizmetleri sosyal politika içerisindeki diğer hizmetlerle de yakından ilişkili olup yaşam kalitesinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Talep üzerine sunulan yaşlı bakım hizmetleri bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylere ulaşımı zorlaştırmaktadır. Bu nedenle tüm yaşlı bireylere ulaşılabilecek bir yapılanmanın hayata geçirilmesi gerekmektedir. Yaşlı bakım hizmetlerinin hak temelli bir anlayış doğrultusunda sunulması gerekmektedir (Karakuş, 2018: 165-168).

3.3. Yerel Yönetimler Tarafından Verilen Hizmetler

Ülkemizde yerel yönetimler il özel idaresi, köy ve belediyelerden oluşmaktadır. Ancak yerel yönetim kavramından genellikle belediyeler anlaşılmaktadır (Çöpoğlu, 2014: 228). Bu anlayış doğrultusunda yerel yönetimlerin faaliyetleri dikkate alındığında 1980’li yıllar ile birlikte gerçekleşen gelişmeler büyük önem taşımaktadır.

Teknolojik gelişmeler ışığında küreselleşme süreci ülkelerin stratejilerini önemli ölçüde etkilemeye başlamıştır. Ülkelerin oluşturacakları politikaları veya stratejileri uluslararası

ve bölgesel kurumlar ve yerel yönetimler ile paylaşımları zorunlu bir hal almıştır. Bunun yanında devletin sorumluluklarını paylaşarak sorumluluk sınırlarının küçültülmesi tartışmaları yürütülmüştür. Bu tartışmaların ardında ekonomik, teknolojik faktörler ile birlikte küreselleşme olgusu yer almaktadır (Ökmen, 2005: 546). Küreselleşme olgusu ile birlikte benimsenen neo-liberal yaklaşım çerçevesinde yerel yönetimlerin sosyal hizmet ve yardım alanında etkinliği artmıştır. Diğer bir ifadeyle devlet yoksulluk ile mücadele sürecine yerel yönetimleri de dahil etmiştir. Bunun yanında neo-liberal yaklaşım ile birlikte siyasette kalıcı olabilmek adına sosyal yardımları bir araç olarak kullanma yaklaşımı da geliştirilmiştir (Akpınar ve diğerleri, 2012: 22).

Ülkemizde yerel yönetimlerin sosyal hizmet ve yardım alanında görev ve sorumluluk alma süreci 2000'li yılların başına dayanmaktadır. Bunun yanında 2004'te çıkarılan 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ve 2005'te çıkarılan 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ve 5393 sayılı Belediye Kanunu doğrultusunda sosyal hizmet ve yardım alanlarında yerel yönetimlerin sorumluluklarına ilişkin durumlara yer verilmiştir (Karakuş, 2018: 106). Benimsenen neo-liberal politikalar ile sorumluluk alanı genişletilen yerel yönetimler çeşitli politikalar oluşturmuşlardır. Bu politika araçlarından birisi de sosyal belediyeçilik anlayışıdır. Sosyal belediyeçilik anlayışı çerçevesinde çeşitli gruplara hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Pektaş, 2010: 13). Bu doğrultuda ülkemizde yerel yönetimler tarafından yaşlı vatandaşlara yönelik olarak huzurevi hizmeti, ilaç ve muayene hizmeti, gıda desteği, ulaşım hizmetlerinde ücretsiz ve indirimli olarak yararlanma hakkı sunulmaktadır. Bunun yanında gelişmiş yerel yönetimlerde evlere yemek dağıtımı, sinema ve tiyatro, ayni ve nakdi nitelik taşıyan destek hizmetleri, ambulans ile evde sağlık hizmeti gibi hizmetler de sunulmaktadır (Tanman ve Zıplar, 2015: 186). Yaşlı ve engelli bireylere yönelik olarak mesleki kurslar ve kültürel faaliyetler de düzenlenmektedir (Karakuş, 2018: 106).

Yaşlı bireylere yönelik olarak sunulan hizmetlerden birisi de Yaşlı Destek Programı (YADES)'dir. YADES, ülkemizde bakıma muhtaç olan 65 yaş ve üzeri bireylerin bulundukları ortamda ihtiyaçlarını yerine getirerek hayatlarını kolaylaştırmayı amaçlayan proje destekli bir uygulamadır. 2016'da dönemin Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından hayata geçirilen bu proje yerel yönetimler ile ortaklık doğrultusunda gerçekleştirilen bir çalışmadır. Bu proje ile yerel yönetimlerin yaşlılık

konusunda faaliyetlerini canlandırmak hedeflenmiştir. Bu doğrultuda proje kapsamında 2016'da büyükşehir belediyesi olan 5 vilayetimizde (Sakarya, Trabzon, Kahramanmaraş, Şanlıurfa ve Kayseri) çalışmalar desteklenmiştir. 2017 ve 2018 yıllarında projelerin desteklendiği vilayet sayısı daha da artmıştır (EYHGM, 2016). Yaşlı destek programı çerçevesinde hayata geçirilen çalışmalar için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünde YADES uygulaması için her yıl düzenli olarak sürecin işleyişine dair bilgilendirmeler yapılmaktadır.

Yaşlı bireylerin yanı sıra engelli destek programı (EDES) 2011-2019 yılları arasında bakanlık tarafından engellilik konusunda ilk ve en büyük bütçeli destek projesi ile yerel unsurların canlandırılması, farkındalık oluşturulması ve engellilere yönelik tedavi ve çalışmalara katkıda bulunmayı amaçlayan bir proje olarak hayata geçirilmiştir (EYHGM, 2011).

Yaşlı ve engelli bireylerin yanı sıra yerel yönetimler tarafından çocuklar özelinde eğitim sürecine katkıda bulunmak, kreş hizmetleri, sokak çocuklarının rehabilitasyon süreci gibi hizmetlerde sunulmaktadır. Gençler çerçevesinde madde bağımlılığı ve kötü alışkanlıklara yönelik çalışmalar, meslek ve iş sahibi olmalarına yardımcı olmak, gençlik merkezlerinin faaliyete geçirilmesi gibi çalışmalar yapılmaktadır (Toprak ve Şataf, 2009: 20).

Yerel yönetim uygulamaları açısından belediye örneklerine bakıldığında Artvin Belediyesinde Hanım Lokali, Şefkat Eli Mağazası, evin temizliğini yürütemeyenlere yönelik ev temizliği yardımı ve cenaze evine yardım gibi çeşitli hizmetler yürütülmektedir. Bunun yanında Antalya Büyükşehir Belediyesi ve İzmir Büyükşehir Belediyelerinde şiddet gören kadınlara yönelik sığınma evi ve kadına şiddet yardım hattı gibi uygulamalar yürütülmektedir (Berkün, 2017: 592-593).

Ülkemizde yerel yönetimlerin personel problemi, kaynak sorunu ve merkezi yönetim ile yerel yönetim arasındaki görev paylaşım sorunları gibi çok çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Sosyal belediyecilik bağlamındaki faaliyetler yetersiz görülmektedir. Sosyal belediyecilik kavramı çerçevesinde yoksul ve ihtiyaç sahiplerine yönelik dar bir bakış açısıyla aynı ve nakdi düzeyde destekler yapılmasına yönelik eleştiriler bulunmaktadır. Yerel yönetimlerin bakım hizmetine gereksinimi olan bireylere yönelik

veri yetersizliği bulunmaktadır. Bunun yanında hizmetlere ilişkin belirli bir standart sorunu ve sosyal belediyeciliği kavrama sorunları yer almaktadır (Berkün, 2017: 594). Sosyal belediyecilik anlayışı doğrultusunda yerel yönetimlerin uygulamalarında kuralların net olmaması ve denetim mekanizmasının işlerliğinin zayıf olması hizmetlere erişimde kayırma faaliyetlerine neden olmaktadır (Pektaş, 2010: 17). Yerel yönetimlerin sosyal belediyecilik yaklaşımında en mühim problemlerinden birisi de uzman personel eksikliğidir. Yerel yönetimlerin bünyelerinde politika oluşturma ve süreci takip etme konularını yürütecek personel bulmak zor gözükmemektedir. Bir diğer sorun ise belediye uygulamalarının kısa süreli olması ve kurumsallaşma sürecinin oluşmamasıdır. Kurumsallaşma sürecinin gerçekleşmemesinde kaynak sorunları ön plana çıkarılmaktadır fakat yerel yönetimlerin sosyal belediyecilik anlayışına bakış açısı da büyük önem taşımaktadır (Çöpoğlu, 2014: 241-242).

2019'da gerçekleştirilen Yaşlılık Şurasında birçok konuda politika önerilerinde bulunulmuştur. Yerel yönetimlerin sorumluluklarına ilişkin çeşitli önerilerde yapılmıştır. Bu çerçevede belediyelerin yaşlı dostu belediye hizmetleri hedefine ve yaşlı destek programı gibi uygulamaları hayata geçirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Özellikle yaşlı bireylere yönelik sunulan hizmetlerin tek bir çatı altında toplanmasını sağlamak için yeni bir merkezi sistemin kurulması gerektiği ifade edilmektedir. (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019: 93-98).

3.4. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Verilen Hizmetler

Sivil toplum kuruluşları, kar amacı gütmeyen belirli amaç doğrultusunda faaliyete geçirilmiş, özgür bir ortamda oluşturulan gönüllü kuruluşlar olarak ifade edilebilmektedir (Seyyar, 2008: 400). Küreselleşme ve neo-liberal yaklaşımlar doğrultusunda devletin sorumluluklarını paylaştığı önemli taraflardan birisi de sivil toplum kuruluşlarıdır. Devlet pek çok alanda görevlerini piyasaya ve sivil toplum örgütleri gibi kuruluşlara bırakmıştır (Talas, 2011: 395). Sivil toplum kuruluşları sosyal politikanın önemli uygulayıcı taraflarından birisidir. Sivil toplum örgütlerinin çok çeşitli fonksiyonları bulunmaktadır. Bireylere yönelik olarak vatandaşların gönüllük esasına göre veya örgütlü yaşama dahil olmalarını sağlaması, toplumun bir parçası olarak farkındalık oluşturma isteği veya siyasete katılım ile birlikte demokrasinin sağlanmasına katkıda bulunulması gibi durumlar çoğaltılabilmektedir (Altun, 2021: 38)

Ülkemizde sivil toplum örgütlerinin gelişimi Selçuklu dönemlerine dayanmaktadır. Selçuklu döneminde vakıf niteliğindeki örgütlenmeler çok çeşitli vazifeler üstlenmişlerdir. Osmanlı dönemi ile birlikte vakıfların etkinliği, gücü ve sayısı daha artmıştır. Günümüzde ise sivil toplum örgütlerinin gelişmiş ülkelere göre daha az gelişim gösterdiği ifade edilmektedir. Genel olarak sivil toplum kuruluşlarının geçmişten günümüze özellikle sosyal hizmet ve yardımlaşma anlamında önemli görevler üstlendiği de ifade edilmektedir (Şahin ve Öztürk, 2011: 21). Ülkemizde yasal statülerine bakıldığında dernekler, sendikalar, vakıflar, birlikler ve kooperatifler olmak üzere beş çeşit sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır. Ancak çalışma alanlarına göre bakıldığında ağırlıklı olarak vakıf ve dernekler daha yoğun olarak faaliyet göstermektedir (TÜSEV, 2011: 61-63). 2021’de faal düzeydeki dernek sayısı 121.971’dir. Derneklerin faaliyetlerine göre dağılımına bakıldığında ise %31,27’sini mesleki ve dayanışma dernekleri, %22,66’sını spor ile ilgili dernekler ve %14,90’ını ise dini hizmetler ile ilgili dernekler oluşturmaktadır (Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü). Derneklerin faaliyetlerine göre dağılımına bakıldığında ülkemizdeki sivil toplum örgütlerinin yapılanmasındaki temel unsurlardan birisinin hayır işleri ve yardımlaşma amacı olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Derneklerin yanı sıra farklı amaçlarla kurulan vakıflarda bulunmakta ve 2021’deki vakıf sayısı 6.041’dir (Vakıflar Genel Müdürlüğü).

Ülkemizde devletin dışında bakım hizmeti gerçekleştiren taraflardan birisi de sivil toplum kuruluşlarıdır. Sivil toplum kuruluşlarının faaliyet alanlarına bakıldığında hastalık çerçevesinde, evde bakım hizmetleri düzeyinde ve sağlıklı yaşlanma ve engelli bireyler düzeylerinde çalışmalar yürütülmektedir. Bu anlayış doğrultusunda yaşlılık problemleri ve diğer bakım gereksinimi doğuran unsurlarla ilgili olarak bakım hizmeti sunan Geriatri Vakfı, Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği (Tanman Zıplar, 2015: 188) Evde Bakım Derneği, Alzheimer Derneği çok çeşitli çalışmalar yürütmektedir.

Sivil toplum kuruluşlarının uzun süreli bakım hizmetleri konusundaki çalışmaları oldukça sınırlı düzeydedir. Fakat sivil toplum kuruluşlarının az sayıda uzun süreli bakım hizmeti vermiş oldukları ifade edilmiş olsa da dikkat çekici hizmetleri bulunmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde faaliyet gösteren Alzheimer Derneği belediyeler ile ortak çalışmalar yürütmektedir. Bu kapsamda evde yaşlı bakımı, gündüz bakım evi, yaşlı bireylerin bakımını üstlenen elemanların eğitimi, hastaların aile

fertlerine hasta bakım konusunda öneri sunulması, yatağa bağımlı olarak yoğun bakım gerektiren durumlarda ücretsiz bakım hizmetinin sunulması gibi çok çeşitli uygulamalar yürütülmektedir (Özmete ve Hussein, 2017: 44). Bunun yanında evde bakım hizmeti çerçevesinde hizmet sunumu gerçekleştiren bir diğer sivil toplum kuruluşu Evde Bakım Derneğidir. Evde Bakım Derneği 2005'te kurulmuştur. Dernek ülkemizde belirli standartlar çerçevesinde evde bakım hizmetlerinin yapılandırılması için disiplinler arası çalışmalar yürüten bir sivil toplum kuruluşudur. Ülke düzeyinde evde bakım sistemi kurmayı amaçlamaktadır. Derneğin çalışma alanı evde bakım hizmetlerinin tanıtılmasına ilişkin faaliyetler ve bakım hizmeti sunan uzman profesyonelleri bir araya getirecek çalışmalar üretmek, evde bakım konusunda uluslararası gelişmeleri takip etmek, evde bakım hizmetlerine ilişkin sertifika programları, burs, ödül, yayın ve araştırma konusunda özendirici çalışmalardan oluşmaktadır (Evde Bakım Derneği).

Sonuç olarak sivil toplum kuruluşlarının bakım hizmetleri konusunda etkinliği yetersiz görülmektedir (Karakuş, 2018: 173). Bu çerçevede 2017 verilerine ışığında sivil toplum kuruluşlarına ait huzur evi sayısı 29'dur (Özmete ve Hussein, 2017: 56). Yaşlı ve çocuklara yönelik derneklerin oranı %0,26 (315) iken engelli bireylere yönelik dernek oranı %1,12 (1.361) seviyesindedir (Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü). Ülkemizde hastalık konusunda geleceğe yönelik yapılan araştırmalar çerçevesinde Alzheimer hastalığının artacağı ifade edilmektedir ve hastalık ile mücadelede hızlı bir şekilde politikaların oluşturulması gerekmektedir. Sivil toplum kuruluşlarının bakım hizmetleri konusunda desteklenmesi, teşvik edilmesi, mevcut kapasitelerinin artırılması büyük önem taşımaktadır (Karakuş, 2018: 173).

BÖLÜM 4: BAKIM SİGORTASI İHTİYACININ TÜRKİYE AÇISINDAN İNCELENMESİ

4.1. Çalışmanın Konusu

Bu bölümde bakım sigortası ihtiyacı Türkiye açısından mevcut demografik göstergeler ve nüfusun yaşlanması, aile yapısındaki değişiklikler, sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler açısından incelenmektedir. Bunun yanında bakım sigortası sisteminin yapılandırılmasındaki temel esaslara ve Türkiye’de bakım sigortasına yönelik yapılan çalışmalara ve önerilere de yer verilmektedir. Ülkemizde bakım sigortasına yönelik yapılan çalışmaların yetersizliği ve yapılan önerilerin birbirini tekrar eder nitelikte olması sebebiyle çalışmaya sosyal güvenlik uzmanlarının bakım sigortasına ilişkin görüşleri de eklenmiştir.

4.2. Çalışmanın Amacı

Bu bölümde bakım sigortası ihtiyacı Türkiye açısından incelenirken ülkemizde bakım sigortasına olan ihtiyacı ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır.

4.3. Çalışmanın Yöntemi

Bakım sigortası ihtiyacı Türkiye açısından incelenirken sosyal güvenlik uzmanlarının bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla Sakarya Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğünde görev yapan 4 Erkek ve 3 Kadın olmak üzere 7 kişiyle yapılandırılmış mülakat formu aracılığıyla grup mülakatı yapılmıştır. Mülakat sorularını yanıtlayan kişi sayısı sorulara göre değişmekle birlikte en az 2 en fazla 4 katılımcı soruları cevaplandırmıştır. Mülakattan elde edilen bulgular bakım sigortasının temel esaslarının alt başlıklarına ve bakım sigortasına yönelik çalışmalar ve öneriler başlıklarının ilgili yerlerine yerleştirilmiştir. Katılımcılar sırasıyla K1, K2, K3 ve K4 olarak numaralandırılmıştır.

4.4. Türkiye’de Bakım Sigortası İhtiyacını Ortaya Çıkaran Nedenler

Ülkemizde bakım sigortasının gerekliliğini anlamak için mevcut demografik göstergelerin geçmişten günümüze nasıl bir değişim gösterdiğini kavramak gerekmektedir. Demografik faktörlerin yanı sıra aile yapısındaki değişiklikler ve sağlık

harcamalarındaki değişiklikler bakım sigortası açısından büyük önem taşımaktadır. Bu başlık altında demografik dönüşüm ve yaşlı nüfusun artması, aile yapısındaki değişiklikler ve sağlık hizmetlerindeki artışlara yer verilmektedir.

4.4.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfusun Artması

Demografik değişim birçok açıdan önemli sonuçlar doğuran bir unsurdur. Zira demografik yapının değişmesi doğurganlık, yaşlı nüfus, yaşam beklentilerinin artması, bağımlı nüfusun artması gibi çeşitli parametreleri akla getirmektedir. Bu parametreler düzeyinde gerçekleşen değişimler ülkelerin başta işgücü yapıları olmak üzere sosyal ve ekonomik yapılarını, politika önceliklerini derinden etkilemektedir ve geleceğe ilişkin değişim konusunda öngörülerde bulunarak, bir yaklaşım sergileme anlayışı ile eklenmektedir. Bu anlayış doğrultusunda yaşlanan nüfusumuz göz önünde bulundurularak doğurganlığın artırılması konusu çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından vurgulanmaktadır. Benzer bir örnek yaşlı nüfusun artması ve beraberinde çalışan nüfusun azalması veya durağan hale gelmesi ile birlikte sosyal güvenlik kurumunun aktüeryal dengesi açısından risk teşkil ettiği ifade edilebilmektedir.

Tablo 24: Yıllar İtibariyle Türkiye'nin Demografik Göstergeleri

Yıllar	Toplam Nüfus	Toplam Yaşlı Nüfus	Yaşlı Nüfus Oranı (%)	Yaşlı Bağımlılık Oranı (%)
1960	27.754.820	978.732	3,5	6,4
1980	44.736.957	2.113.247	4,7	8,4
2000	64.729.501	4.350.190	6,7	10,5
2010	73.722.988	5.327.736	7,2	10,8
2015	78.741.053	6.495.239	8,2	12,2
2020	83.614.362	7.953.555	9,5	14,1
2021	84.680.273	8.245.124	9,7	14,3
2040	100.331.233	16.373.971	16,3	25,3
2060	107.095.998	24.242.787	22,6	37,5
2080	107.100.904	27.413.359	25,6	43,6

Kaynak: TÜİK Cinsiyete Göre Yaşlı Nüfus ve Yaşlı Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı 1935-2080 ile TÜİK Yaşlı Bağımlılık Oranları 1935-2080 verilerinden derlenmiştir.

Ülkemizin demografik göstergelerinden toplam nüfus, yaşlı nüfus ve yaşlı bağımlılık oranları ele alınan 1960-2020 yılları arasında sürekli artış göstermektedir ve bu göstergelerin 2040, 2060 ve 2080'li yıllarda da artması beklenmektedir. 1960'lı yıllardaki toplam nüfusun 2021 yılına gelindiğinde yaklaşık 3 kat arttığı görülmektedir. Yaşlı nüfus oranı ise 1960'lı yıllardan 2021 yılına kadar %177,14 oranında artış göstermiştir. Son 10 yılda ise yaşlı nüfus %49,28 oranında artış göstermiştir. 1960'dan 2021 yılına kadar yaşlı nüfus yaklaşık 8,4 kat artış göstermiştir. Yaşlı bağımlılık oranı ise 1960 yılından 2021 yılına kadar %123,43 oranında artış göstermiştir. Son 20 yılda ise yaşlı bağımlılık oranı %36,19 oranında artış göstermiştir. 2080 yılında ise ülkemizde dört kişiden birinin yaşlı olması beklenmektedir.

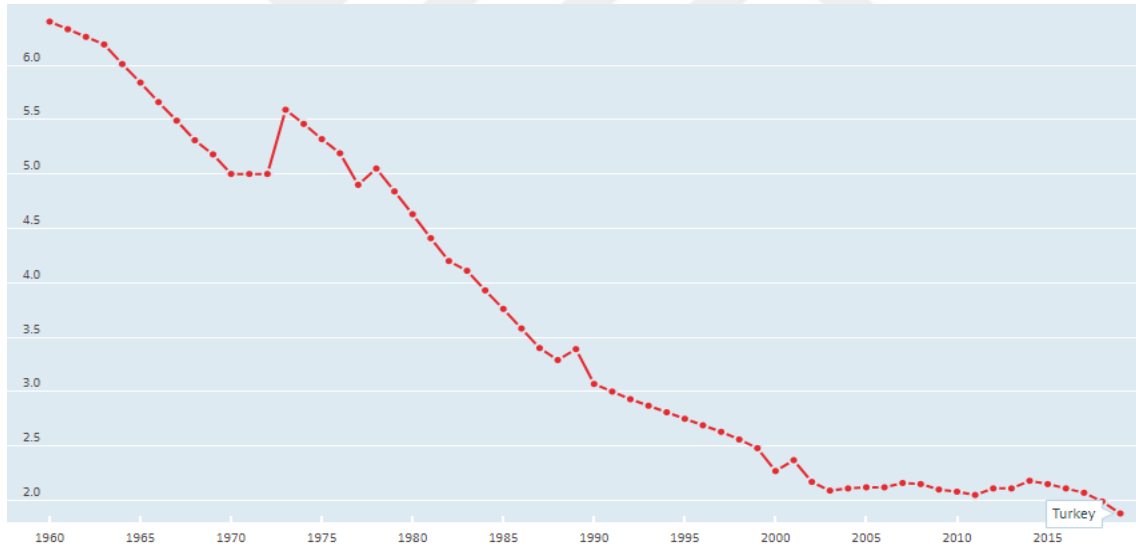
Tablo 25: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfus

	2007	2012	2017	2020	2021
0-14	18.642.391	18.857.179	19.033.488	19.068.237	18.975.963
15-64	46.943.690	51.088.202	54.881.652	56.592.570	57.459.186
65-69	1.698.583	1.928.386	2.511.904	2.938.715	3.156.448
70-74	1.373.077	1.500.126	1.737.267	2.131.705	2.175.024
75-79	1.069.961	1.102.126	1.249.185	1.355.346	1.392.718
80-84	578.879	745.666	801.676	861.199	861.409
85-89	182.188	315.990	434.833	466.748	456.548
90+	97.487	89.709	160.520	199.842	202.977
Toplam	70.586.256	75.627.384	80.810.525	83.614.362	84.680.273

Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2007-2021

Yaş gruplarına göre nüfusa bakıldığında ülkemizde 2007'den 2021 yılına kadar 65-69 yaş grubundaki nüfus %85,82 oranında, 70-74 yaş grubundaki nüfus %58,40 oranında, 80-84 arası yaş grubundaki nüfus %48,80 oranında, 85-89 arasındaki yaş grubu %150,59 oranında, 90 yaş ve üzerindeki nüfus %108,20 oranında artış göstermiştir. Son 15 yıl içerisinde yaşlı nüfus içerisinde artış oranı en yüksek olan yaş grupları 85-89 ile 90 yaş ve üzeri nüfustur.

Engelli bireylerin engelli nüfus statüsünde yer almaları için belirli sınıflandırmalar ve tanımlamalar yapılmaktadır. Görme, işitme, hareket etmede zorluk, kavrama durumu ve güçlüğü, anımsama gibi temel fonksiyonların bir veya birkaçının yitirilmesi veya bu faaliyetleri yerine getirmede zorluk çekilmesi bireylerin engelli nüfus içerisinde yer alabilmesini sağlamaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022: 4). Dünya nüfusunun %15'i engelli bireylerden oluşmaktadır. Diğer bir ifadeyle dünyada 1 milyar engelli birey yaşamaktadır (Engelsiz Yaşam Derneği). Ülkemizde engelli bireylerin sayısının tespitinde ulusal engelli veri sistemi kullanılmaktadır. Bu sistem sağlık kurumlarının raporlarını esas almaktadır. Ulusal engelli veri tabanına göre ülkemizde 2.511.950 engelli birey yaşamaktadır. Bu bireylerin 1.414.643'ü erkeklerden, 1.097.307'si ise kadınlardan oluşmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022: 16). Ancak gayri resmi rakamlara göre ülkemizde engelli birey sayısının %13 olduğu ifade edilmektedir. Bu rakamlara göre de ülkemizde yaklaşık 10 milyon engelli birey bulunmaktadır (Engelsiz Yaşam Derneği).



Grafik 13: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Doğurganlık Oranları

Kaynak: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>

OECD verilerine göre ülkemizde doğurganlık hızla düşmektedir. 1960’da doğurganlık 6,4 iken 1970’de 5,0’a, 1980’de 4,6’ya, 1990’da 3,1’e, 2000’de 2,3’e, 2010’da 2,1’e ve 2019’da 1,9’a gerilemiştir. Son 60 yılda doğurganlık ülkemizde %70,31 oranında azalış göstermiştir. Son 20 yılda ise doğurganlık %23,47 oranında azalış göstermiştir. (OECD,

2022d). TÜİK verilerine göre 2020’de doğurganlık 1,76 seviyesine gerilemiştir (TÜİK, 2021a).

Tablo 26: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Ortalama Yaşam Beklentisi

	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2025
Toplam	71,0	74,4	76,4	78,0	78,6	78,8	79,6
Erkek	69,0	72,2	74,2	75,3	76,0	76,2	77,0
Kadın	73,1	76,6	78,7	80,7	81,3	81,5	82,2

Kaynak: TÜİK, Demografik Göstergeler, 2000-2025

Ortalama yaşam beklentisi verilerine göre kadınların yaşam beklentisi erkeklerden daha fazladır. Ortalama yaşam beklentisi sürekli artış göstermektedir. Ülkemizde 2000 yılından 2021 yılına kadar ortalama yaşam beklentisi %10,98 oranında artış göstermiştir. Erkeklerde ortalama yaşam beklentisi 2000 yılından 2021’e kadar %10,43 oranında artarken, kadınlarda %11,49 oranında artış göstermiştir.

4.4.2. Aile Yapısının Değişmesi

Ülkemizde aile yapısı geçmişten günümüze sürekli değişim göstermektedir. Değişime etki eden çeşitli unsurlar bulunmaktadır. Sanayileşmenin yoğunlaşması, kadınların çalışma hayatına girmesi, iç göçün yaygınlaşması ve özellikle kırdan kente yapılan göçler ile birlikte aile içi rollerin yeniden şekillenmesi, teknolojik gelişmeler ve beraberinde aile içi iletişimin, paylaşımların azalması gibi çok çeşitli faktörler aile yapısının değişim içerisinde olduğunu açık bir şekilde göstermektedir (Kara, 2018: 376).

Aile yapısındaki değişiklikler birçok sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Özellikle geniş aile yapısının azalması beraberinde çekirdek aile yapısının yaygınlaşması yaşlı bireylerin bakımının yerine getirilmesi sorununu doğurmaktadır. Modern toplum yapısında kadınların çalışma hayatına atılması sorunları daha da derinleştirmektedir.

Aile yapısındaki değişikliklerin sorun alanlarından birisi de bakıma muhtaç olan bireylerin bir başkasına olan bağımlılık durumudur. Ülkemizde bakım hizmeti sunan bireyler ağırlıklı olarak kadınlardan oluşmaktadır. Özellikle 2016’daki TAYA’dan elde edilen bilgilere göre ülkemizde resmi olmayan bakım hizmetlerinin sırasıyla gelin, kız

evlat ve eşler tarafından sağlandığı görülmektedir. Resmi bakım hizmetlerinden yararlanma ülkemizde son çare olarak görülmektedir. Aile tiplerine göre bakım hizmeti sunan bireylerin durumuna bakıldığında çekirdek ailelerden bakım hizmetinde ilk olarak eş ve kız evlatların bakım sorumluluğunu üstlendiği görülmektedir. Geniş ailelerde ise bakım sorumluluğunda ilk sırada gelinler yer almaktadır. (ATHGM, 2019: 347-348). Bakım sorumluluğunun aile bireyleri tarafından üstlenilmesi ve sürdürülmesi hizmet sunumunu gerçekleştiren bireylerin ekonomik, psikolojik vb. birçok sorun yaşaması kaçınılmaz olarak görülmektedir.

Tablo 27: Yıllar İtibariyle Türkiye'de Aile Yapısı

Yıllar	Çekirdek	Geniş	Dağılmış	Toplam
1968	59,6	32,1	8,3	100,0
1973	59,0	32,4	8,6	100,0
1978	58,0	33,9	8,1	100,0
1983	61,6	27,9	10,5	100,0
1988	63,4	25,5	11,1	100,0
1993	67,6	23,5	8,9	100,0
1998	68,2	19,5	12,3	100,0
2003	69,3	16,0	14,7	100,0
2008	69,8	15,9	14,3	100,0
2013	70,2	12,4	17,4	100,0
2016	69,3	10,8	19,9	100,0

Kaynak: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi, 2018

Ülkemizdeki aile yapısının durumu son 50 yılda değişiklikler göstermektedir. Geniş aile tipi ve dağılmış aile tipi yaygınlık kazanırken, geniş aile tipi ise daralma göstermektedir. 1968-2016 dönemi içerisinde çekirdek aile yapısı %16,27 oranında artış gösterirken, geniş aile yapısı %66,35 oranında azalış göstermekte, dağılmış aile yapısı %139,75 oranında artış göstermiştir.

TÜİK göstergelerine göre ortalama hane halkı büyüklüğü 2008’de bir hanede yaşayan birey sayısı 4 iken, 2020’de 3,3’e düştüğü görülmektedir. Sadece eşlerden ya da eş ve çocuklardan oluşan tek çekirdek aile olarak ifade edilen aile oranı 2020’de % 65,2 seviyesindeyken 2021’de %64,4’e, en az bir çekirdek aile ve diğer kişilerin yer aldığı geniş aile oranı 2020’de %14 seviyesinde iken 2021’de %13,5’e düşmüştür (TÜİK, 2020a; TÜİK, 2022).

Ülkemizde çeşitli kurum ve kuruluşların verilerinden aile yapısının değiştiği açık bir şekilde görülmektedir. Ancak aile yapısının değişmesine rağmen aile işlevselliği önemini yitirmemiştir. Bu bağlamda 2021’de yapılan Aile İşlevselliği araştırmasına göre katılımcıların %56’sının işlevsel aile yapısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma çerçevesinde gelir seviyesinin düşük olması, sosyalleşme eğiliminin az olması, yaşam memnuniyetinin yetersiz olması, işsizlik gibi faktörlerin aile işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği de ifade edilmektedir (ATHGM, 2021: 8). Bakım sorumluluğunun yerine getirilmesi noktasında da aile kurumunun işlevselliğini sürdürdüğü söylenebilmektedir. Çocuk bakımında aile büyüklerinden destek alınması, engellilik veya yaşlılık durumlarında ortaya çıkan bakım ihtiyaçlarının yerine getirilmesinde çocukların sorumluluk alması aile işlevselliğinin yerine getirildiğini göstermektedir (Selek Öz ve Balta, 2020: 73). Ailenin işlevselliğini açısından TÜİK tarafından yapılan aile yapısı araştırmasına göre kişilerin %83,1’i yaşlılıkta aile büyüklerinin bakımının sorumluluğunu çocuklarının alması gerektiğini düşünmektedir. Bunun yanında bireylerin %30,7’si ise bakıma muhtaç olmaları durumunda evde bakım hizmeti almak istediklerini ifade etmektedir (TÜİK, 2022a).

4.4.3. Sağlık Hizmetlerindeki Artan Maliyetler

Bakım sigortasının gereksinimi doğrultusunda sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler bakım sigortası uygulaması açısından ekonomik gerekçe olarak kabul edilmesi mümkün gözükmemektedir. Zira bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmemesi devlet ve birey düzeyinde bakım maliyetlerini artıran bir etki göstermesi kaçınılmazdır.

TÜİK göstergeleri doğrultusunda 2020’de ülkemizde sağlık harcamalarının %79,2’si devlet tarafından yapılmaktadır. Sağlık harcamaları içerisindeki özel sektörün payı ise %20,8’dir. Devlet kurumunun alt bileşenlerini oluşturan sosyal güvenlik kurumu, yerel yönetimler, hane halkı harcamaları, merkezi yönetimlerin sağlık harcamaları

konusundaki sorumluluklarına bakıldığında 2020’de en yüksek sağlık harcamaları oranına sahip olan kurum %51 ile sosyal güvenlik kurumudur. Sosyal güvenlik kurumunu sırasıyla %27,6 ile merkezi devlet, %16 ile hanehalkları takip etmektedir (TÜİK, 2021). Devletin sağlık harcamalarındaki payı yıllar itibariyle artış göstermektedir. Bu bağlamda devletin 2000’de sağlık harcamalarının %61,1’i devlet tarafından sağlanırken bu oran 2005’te %67,8’e, 2010’da %78,6’ya, 2015’te %78,5’e ve 2020’de %79,2’ye yükselmiştir (TÜİK, 2021). Devletin sağlık alandaki harcamaları son 20 yılda sürekli artış göstermektedir. Özellikle 2000 yılından 2020 yılına kadar devletin sağlık harcamalarındaki payı %29,62 oranında artış göstermiştir.

Sağlık harcamalarındaki artışlar ve hastanede yatan hasta sayısının artması sağlık alanındaki maliyetleri artırmaktadır. Sağlık harcamaları 2000’de 8,2 milyar TL seviyesindeyken 2020’de 249,9 milyar TL seviyesine yükselmiştir. Ülkemizde sağlık harcamaları son 20 yılda yaklaşık 30 kat artış göstermiştir. TÜİK verilerine göre ülkemizde sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı %5 seviyelerinde değişiklik göstermektedir. 2000’de GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları oranı %4,8 iken, 2020’de %5,0’a yükselmiştir. Son 20 yılda GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları %4,16 oranında artış göstermiştir (TÜİK, 2021). OECD verilerine göre ülkemizin GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları oranı 1975’te %2,2 iken, 1990’da %2,4’e ve 1999’da %4,5’e yükselmiştir (OECD, 2022e). Hastanede yatan hasta birey sayısı da artış göstermektedir. Bu bağlamda 2002 yılında ülkemizde hastanede yatan hasta sayısı 5,5 milyon iken, 2015’te 13,3 milyona ve 2019’da 13,8 milyona yükselmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2019: 158).

Bakım sigortasının önemi açısından sosyal koruma harcamaları da büyük önem taşımaktadır. Zira sosyal koruma harcamaları içerisinde en dikkat çeken harcama gruplarında hastalık/sağlık bakım harcamaları ve yaşlı bireylere yönelik yapılan harcamalar bulunmaktadır. 2020’de sosyal koruma harcamaları GSYİH’nın %13’ünü oluşturmaktadır. Sosyal koruma bağlamında 2020’de 655 milyar TL harcama yapılmıştır. Sosyal koruma harcamaları içerisinde en yüksek harcama yapılan grubun başında %48,5 ile emekli/yaşlı bireyler yer almaktadır. Daha sonra %26,9 ile hastalık/sağlık bakımı için yapılan harcamalar yer almaktadır. Sosyal koruma harcamalarının %69,8 ise nakdi yardım olarak verilmektedir. (TÜİK, 2021b).

Kurumsal düzeyde artan maliyetlerin yanında bireylerin de özellikle bakım maliyetleri maddi ve manevi olarak artmaktadır. Bu artışın yanında bakım maliyetleri ekonomik sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Bakım sürecinin uzaması ve koşulların daha da ağırlaşması zorlukları kuşkusuz ki artıracaktır. Manevi açıdan bakım maliyeti aile desteği ile aşılabılır olarak görülmektedir. Ancak maddi açıdan bakım maliyeti aile bireyleri açısından önemli zorlukları beraberinde getirmektedir. Bu zorluklar aile bireylerinin mali durumlarının bakım hizmeti alma konusunda yetersiz kalması, ruhsal olarak çöküntünün yaşanması ve çaresizlik olarak ortaya çıkabilmektedir (Hekimler, 2019).

Tablo 28: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Uzun Süreli Bakım Harcamaları (GSYİH %)

	Sağlık Hizmeti Harcamaları		Uzun Süreli Bakım Harcamaları	
	2006-2010 yılları ortalaması	2060	2006-2010 yılları ortalaması	2060
Türkiye	3.8	10.9	0.0	2.3
Almanya	7.3	13.5	0.9	2.1
Japonya	6.1	12.5	0.7	2.0
Hollanda	6.4	12.7	2.3	3.7
İsrail	4.0	10.4	0.5	1.5
İsveç	6.6	12.4	0.7	1.6
Danimarka	6.3	12.2	2.2	3.3
Avusturya	6.6	12.9	1.1	2.2
Birleşik Krallık	6.5	12.4	0.9	1.8
OECD(Ortalama)	5.5	11.8	0.8	2.1

Kaynak: OECD, A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditure [A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures | OECD Economics Department Working Papers | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](#) Erişim Tarihi 15/04/2022

Yukarıdaki tabloya bakıldığında OECD verilerine göre ülkemizde 2060 yılında uzun süreli bakım harcamalarının artması beklenmektedir. Sağlık hizmeti harcamalarında 2060 yılında büyük oranda artışlar olacağı görülmektedir. Ülkemizin 2006-2010 ortalamasına göre 2060 yılında GSYİH içerisindeki sağlık harcama oranının %186

oranında artması beklenmektedir. Ülkemizde bakım hizmetleri açısından çeşitli hak ve hizmetler sunulmaktadır. Ancak ülkemizde sosyal sigorta sistemi çerçevesinde bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler bakım sigortası kurulmadığı takdirde daha da artması muhtemel gözükmektedir. Zira sağlık hizmetleri içerisinde artan maliyetler açısından bakıldığında sosyal güvenlik kurumu ve devlet harcamaları en büyük paya sahip kuruluşlardır. Benzer bir şekilde sosyal koruma harcamalarının önemli bir kısmı emekli ve sağlık bakım harcamalarına ayrılmaktadır. Primli sistem çerçevesinde bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesi devletin ve sosyal güvenlik kurumunun harcamalarını olumlu yönde etkileyecektir.

4.5. Bakım Sigortası Sistemine İlişkin Temel Esaslar

Bakım sigortası uygulaması birçok ülkenin içinde bulunduğu koşullar çerçevesinde oluşturulmaktadır. Bu koşulları birden çok faktörle ilişkilendirmek mümkündür. Ortak faktör olarak nüfusun yaşlanması başta aile bireylerini ve daha sonra toplumu ekonomik anlamda zorlama ihtimalinin ortaya çıkabileceği ifade edilebilir. Bunun yanı sıra bakım sigortası toplumların gelenek ve görenekleri ile de örtüşmektedir. Kültürel anlamda bakım sigortası toplumlarda ailelerin bakım sorumluluğu alma durumu ile eklemlenmektedir. Zira çoğu toplumda bakım gereksinimi ortaya çıkan yaşlı bireyler veya bakıma muhtaçlığın yaşlılık öncesi ortaya çıkması durumunda aile sorumluluğu öncelikli yerini almaktadır. Ülkemizde de bakım gereksinimi durumlarının aile bireyleri tarafından yerine getirildiğini söylemek mümkündür. Ekonomik anlamda özellikle yaşanan toplumlarda azalması muhtemel görülen işgücü yapısının bakım maliyetinin artacak olması, bakıma muhtaçlık durumu nedeniyle çalışma yaşamından ayrılmanın gerçekleşmesi yüksek olasılıklı sonuçlar olarak görülmektedir. Bu ve benzeri durumların psikolojik sonuçlar doğurması da kaçınılmaz olacaktır. Birçok ülke içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullar ve ekonomik durum çerçevesinde kendi bakım sigortası yaklaşımını hayata geçirmekte ve geliştirmektedir. Genel olarak bakım sigortasının temel esasları bakım sigortasının kapsamı, bakım sigortasından yararlanma koşulları, finansman yapısı ve bakım sigortasının organizasyon yapısından oluşmaktadır.

4.5.1. Bakım Sigortasının Kapsamı

Bakım sigortasının kapsamı açısından bakıldığında mevcut bir bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır. Bunun yerine sosyal güvenlik kapsamında olsun veya olmasın uzun süreli bakıma gereksinim duyan düşük gelirli bireylere maddi destek sağlayan vergiye dayalı bir program uygulanmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bakıcılara yönelik olarak sosyal yardım programı (bakım ödeneği) ve bakım evi uygulamaları merkezi bütçeden finanse ederek genel vergilendirme yoluyla sürdürülmektedir (World Health Organization, 2021: 27). Ancak bakım hizmetlerinin genel yapısına bakıldığında engelli ve yaşlı bireyler çerçevesinde şekillenmektedir. Kurulacak bakım sigortası uygulamasının hangi grupları ele alacağı da büyük önem taşımaktadır. Örneğin Almanya’da bakım sigortası varoluşsal bir risk olarak kabul edilmektedir. Diğer bir ifadeyle bakım sigortası uygulaması tüm bireyleri kapsamaktadır (Hekimler, 2017: 237). Ülkemiz açısından bakım sigortası uygulamasına yönelik olarak bütün bireyleri kapsayan bir yapı çerçevesinde ve sosyal sigorta düzeyinde primli rejim olarak sunulması gerektiği ifade edilmektedir. Belirli bir yaş sınırından itibaren prim ödeme sisteminin aktif hale gelmesi gerektiği ve ekonomik durumu uygun olmayan bireylerinde sistemden yararlanmasını sağlayacak bakıma muhtaçlık sınıflandırmasına ilişkin kriterlerin doğru ve etkin bir şekilde oluşturulması sistemin etkinliği ve kapsayıcılığı açısından büyük önem taşımaktadır (Bal, 2016: 191).

Bakım sigortasını ihtiyacını göz önünde bulundururarak sosyal güvenlik uzmanları ile yapılan mülakatta katılımcılar bakım sigortasının kapsamına ilişkin şu görüşleri paylaşmışlardır:

K1: “Birey 25 yaşında da bakıma muhtaç hale gelebilir veya 70 yaşında da bakıma muhtaç hale gelebilir. Bakım sigortası bütün nüfusu kapsamalı ve prim ödeyen herkes bu haktan yararlanabilmelidir. Yaş sınırı açısından örneğin 40 yaşın üzerindeki birey kaza geçirip bakıma muhtaç olunca bu haktan yararlanırken, 40 yaşın altındaki bireylerin bu haktan yararlanamaması kanunu düzenleyen siyasi otoriteye eleştiri mahiyetine dönüşebilir.”

K2: “Bütün nüfusu kapsamalıdır ve malullük ve ölüm aylıklarında gelir bağlamak için prim ödeme gün sayısı aranıyorsa bakım sigortası için bir prim ödeme sayısı belirlenebilir.”

K3: “Prim ödeme gün sayısı olmaması gerekir. Zira bakım sigortası tüm nüfusu kapsıyorsa ve bakıma muhtaç bireyin prim ödememiş olması mağduriyet yaratacaktır.”

K4: “Bu durum; ülkelerin demografik yapısına, sosyo-ekonomik koşullarına, doğum oranlarına, nüfusun yaşlanma hızına bağlı olarak değerlendirilmelidir. Ülkede yaşayan tüm vatandaşlar bu risk ile karşı karşıya kalabilir. Bu yüzden, ülkemizde bakım sigortası uygulamasının herhangi bir yaş sınırına bağlı kalmadan, tüm nüfusu kapsamı gerekmektedir.”

Bakım sigortasının kurulmasındaki temel dinamiklerin başında uygulamanın kapsayıcılığı büyük önem taşımaktadır. Sosyal sigorta sistemi içerisinde bakım sigortası modelinin uygulanması durumunda çalışan tüm bireyleri kapsam içerisine almaktadır. Ülkemizin mevcut yapısına bakıldığında işsizliğin fazla olması, kayıt dışı istihdamın varlığını sürdürmesi sistem içerisine dahil olabilecek bireylerin kapsamını sınırlı düzeyde tutmaktadır. Dolayısıyla sistem dışında kalan bireylere primsiz rejim çerçevesinde devletin genel bütçesinden yapacağı harcamaları olumsuz yönde etkilemesi ve devlet tarafından sunulacak hizmetlere yönelik taleplerin artması muhtemel gözükmektedir. Ayrıca ülkemizin demografik durumu göz önüne alındığında gelir durumuna göre hizmet verilmesinin yetersiz kalmasına neden olması kaçınılmaz olarak görülmektedir (Doğan, 2021: 188). Ülkemizde bakım sigortasına yönelik olarak dönemin Aile ve Sosyal Politikalar bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından bakım sigortasına yönelik olarak taslak raporu hazırlanmıştır. Bu çalışmada bakım sigortasının kapsamı için prim ödeme gücü olan, prim ödeme gücü olmayan ve karma bir sistem üzerinden bir kapsam modellenmesi çizilmiştir. Prim ödeme gücü bulunmayan bireylerin kapsam dışı tutulduğu modelde sosyal güvenlik sisteminde bulunan bireylerin bakım sigortasına dahil olacağı, sosyal güvenlik sisteminde bulunmayanların ise sosyal yardımlardan yararlanacağı ifade edilmiştir. Prim ödeme gücü olmayan bireylerin bakım sigortası kapsamına dahil edildiği modelde ise tüm nüfusun bakım sigortası kapsamında olacağı, prim ödeme gücü olmayan bireylerin yerine ise devletin asgari ücret üzerinden prim ödeyeceği ifade edilmiştir. Karma model yapısında ise tüm nüfusun bakım sigortası sisteminde yer alacağı ve finansmanın yarısının prim ödeme yoluyla diğer yarısının ise vergiler yoluyla sağlanacağı ifade edilmiştir (Metin, 2014: 73-74-76).

Bakım sigortasının kapsamının genişletilmesini sağlamak için Almanya örneğine bakmak faydalı olacaktır. Almanya, bakım sigortası uygulamasını hayata geçirdiğinde sistemin her bireyi kapsamı için sağlık sigortası kapsamında olan her bireyi aynı zamanda bakım sigortası kapsamında yer almasını zorunlu kılmıştır (Kocabaş ve Kol, 2020: 288). Ülkemizde de 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan her bireyin bakım sigortası kapsamında yer alması çok daha fazla kapsamlı olmasını sağlayacaktır. Kapsayıcılığın artmasının yanında genel sağlık sigortasından yararlanan bireylerin bakım sonrası kalıcı bir bakım gereksiniminin ortaya çıkması durumunda bakım sigortası aracılığıyla evde bakım, kurumsal bakım gibi çeşitli hizmetler ile giderilebilecektir (Doğan, 2021: 190).

4.5.2. Bakım Sigortasından Yararlanma Koşulları

Öncelikle ülkemizde bakım sigortasının yasal çerçevesinde kimlerin bakım sigortasından yararlanabileceği açık ve objektif olarak belirtilmesi gerekmektedir. Sigortalı olmak, kanunun tanımladığı şekilde bakıma muhtaç olmak şeklinde belirlenebilir. Ülkemizin mevcut koşulları ve kültürel yapısı göz önünde bulundurularak bakıma muhtaçlık durumlarının, bakım muhtaçlık derecelerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bireylerin bakıma hangi düzeyde muhtaç olduğunun tespiti yapılarak bakıma muhtaçlık için belirli süre oluşturulması gerekmektedir. Bunun yanında bakım sigortasının sunduğu hizmetlerden faydalanabilmek için yaş sınırının getirilip getirilmeyeceği belirlenmelidir.

Sosyal güvenlik uzmanlarının bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen mülakatta sosyal güvenlik uzmanları bakım sigortasından yararlanma kriterleri ile ilgili şu görüşleri paylaşmışlardır:

K1: “Bakıma muhtaçlık durumunun geçici veya sürekli olması ile ilgili bir kriter olabilir. Örneğin; en az 6 ay bakıma muhtaçlık geçici olarak değerlendirilebilir veya geçmeyen bir rahatsızlık sebebiyle bakıma muhtaç hale gelmesi durumunda verilecek hizmetler şeklinde belirlenmelidir.”

K2: “Bakım sigortasından yararlanırken prim ödeme gün sayısı dikkate alınmalıdır. Gelir düzeyine göre kriter belirlenmesine karşı olduğumdan dolayı belirli bir gün sayısında prim ödenmesi gerektiğini düşünüyorum.”

K4: “Sağlık sunucularında yapılan çeşitli muayenelerde kişinin engellilik durumu, günlük ihtiyaçlarını karşılayamama oranı belirlenmelidir. Gelir durumunun tespiti de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapılmalıdır.”

Prim ödeme gücü olmayan bireylerin sistemden yararlanabilme durumu ile ilgili katılımcılar şu görüşleri paylaşmışlardır:

K1: “Evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Primli sisteme dahil olanlar primli sistemin hizmetlerinden yararlanacaklardır. Primli sisteme dahil olmayanlar, prim ödeyemeyenler, çalışma hayatından uzak kalmış olanlar bakıma muhtaç duruma düşmeleri durumunda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı devreye girmeli ve kendi fonundan hizmet sağlayabilir.”

K4: “Ülkemizde gelir durumu düşük olan bireylere Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından çeşitli yardımlar yapılmaktadır. Bu yardımlara ek olarak, bakıma muhtaç bireylere ekonomik yardımların yeterli düzeyde olabilmesi için vergi gelirlerinden elde edilecek fonların Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca muhtaçlığı belirlenecek vatandaşlara aylık olarak ödeme yapılması şeklinde sistem geliştirilmelidir.”

Bakıma muhtaç bireylerin belirlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinden yararlanılmalıdır. Bu yaklaşım doğrultusunda bireyin fiziksel, zihinsel ve duygusal olarak yetersizlikleri tespit edilebilmektedir (Doğan, 2021: 191).

Bakım sigortasından yararlanmak isteyen bireylerin aile üyeleri tarafından hizmet görmesi bakım sigortasından yararlanma noktasında engel olmamalıdır. Bakım sigortası kapsamında hizmet sunumunu yerine getirecek olan bakıcı personelin gerekli eğitim süreçlerini tamamladığını gösteren sertifika veya belgeye sahip olması gerekmektedir (Oğlak, 2007: 222).

4.5.3. Finansman Yapısına İlişkin Temel Esaslar

Bakım sigortasının finansmanı çok çeşitli yaklaşımlarla yerine getirilebilmektedir. Ülke uygulamalarına bakıldığında genel olarak üç temel yaklaşım olduğu ifade edilebilir. İlki bakım sigortası sisteminin prim esasına göre sosyal sigorta sistemi içerisinde faaliyete geçirilmesidir. İkinci olarak bakım sigortası sisteminin devlet eliyle genel vergilerle gerçekleştirilmesi ve üçüncü olarak bakım sigortası sisteminin serbest piyasa sisteminde

özel kuruluşlar tarafından sunulmasından oluşmaktadır. Uygulamada bakım sigortası bireylerin ve özel kuruluşların dahil olduğu karma bir sistem şeklinde de uygulanmaktadır.

Ülkemizde hali hazırda bir bakım sigortası bulunmamasına rağmen bakım hizmetleri sunulmaktadır. Bakım hizmetlerinin finansman yapısı ise devlet eliyle genel vergiler aracılığıyla sağlanırken hizmetler ihtiyaç sahiplerine yönelik olarak gerçekleştirilmektedir.

Ülkemiz açısından bakım sigortasının temel dinamikleri doğrultusunda bir bakım sigortası sisteminin kurulması noktasında en önemli konuların başında ve en önemli sorun alanı olarak finansman yapısının oluşturulması gelmektedir. Özellikle işveren kesiminin işgücü maliyetlerinin artacağı endişesi olumsuz yaklaşım benimsenmesine neden olmaktadır. Benzer bir şekilde Almanya’da finansman sorununa ilişkin maliyetlerin düşürülmesine yönelik çalışmalar yürütülmüştür (Hekimler, 2019). Ülkemizde de bakım sigortasının finansmanı noktasında işveren tarafının işgücü maliyetlerine yönelik endişelerini ortadan kaldıracak vergi indirimi, vergi teşviki gibi politika ve stratejilerin sosyal diyalog yaklaşımı çerçevesinde tarafların bir araya gelerek oluşturulması büyük önem taşımaktadır.

Bakım sigortasına yönelik gerçekleştirilen mülakatta katılımcıların işveren maliyetlerine ilişkin görüşleri şu şekildedir:

K1, K2, K3 ve K4 katılımcılarının tamamı bakım sigortası uygulamasının işverenin maliyetlerini artıracak olduğunu düşünmektedir. Yapılması gerekenler konusunda ise şunları ifade etmişlerdir:

K1: “Devlet işverenlerin üzerindeki sosyal güvenlik yükünü azaltmak için birçok teşvik uygulamaktadır. Devlet bu konuda çeşitli teşvikler sunabilir.”

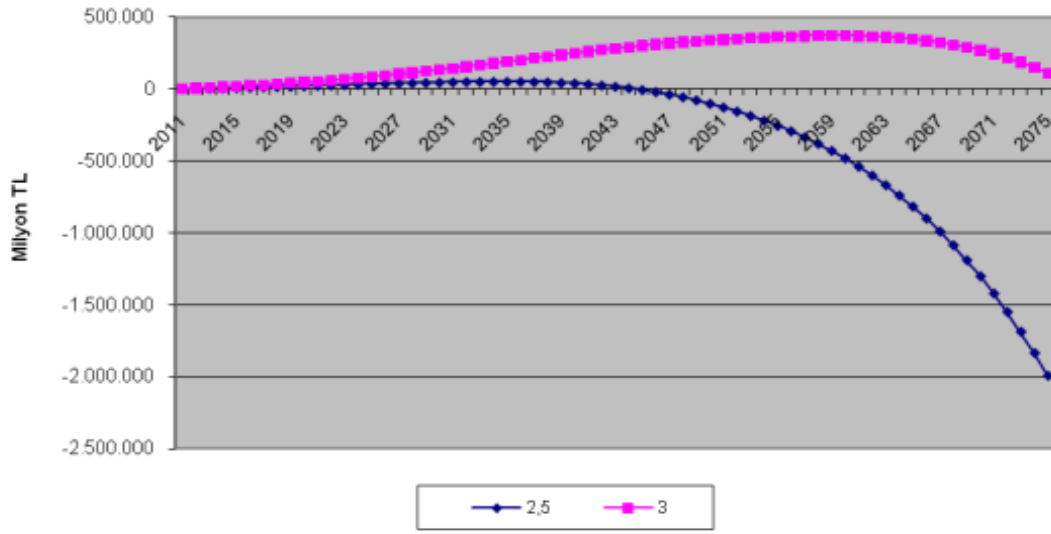
K2: “Devletin prim ödeme konusunda çeşitli teşvikleri bulunmaktadır. Benzeri olabilir.”

K3: “Devlet bu konuda çeşitli teşvikler sunabilir.”

K4: “İşverenlerin zor durumda kalmaması için, prim oranlarının makul seviyelerde tutulması ve devlet katkısının da olması gerekmektedir.”

Bakım sigortası uygulaması sosyal sigorta kolu olarak kurulabilmesinin yanında hastalık sigortasının içerisinde veya sağlık sigorta sistemi içerisinde de gerçekleştirilmektedir. Ülkemiz açısından ele alındığında farklı iki sigorta kolunun primlerinin bir arada toplanması, düşük gelire sahip ülkelerde farklı problemler doğurmaktadır. Bu nedenle bakım sigortası uygulaması için ayrı bir fon kurulmalı ve yönetimi SGK tarafından yapılmalıdır (Doğan, 2021: 196). Bakım sigortasının ayrı bir sigorta kolu olarak kurulması sağlık ve bakım hizmetlerinin ayrı bir sigorta kollarından yürütülmesini sağlayacaktır ve sağlık sigortası üzerindeki finansal yükü azaltan bir etki göstermesi muhtemel görülmektedir (Doğan, 2021: 194).

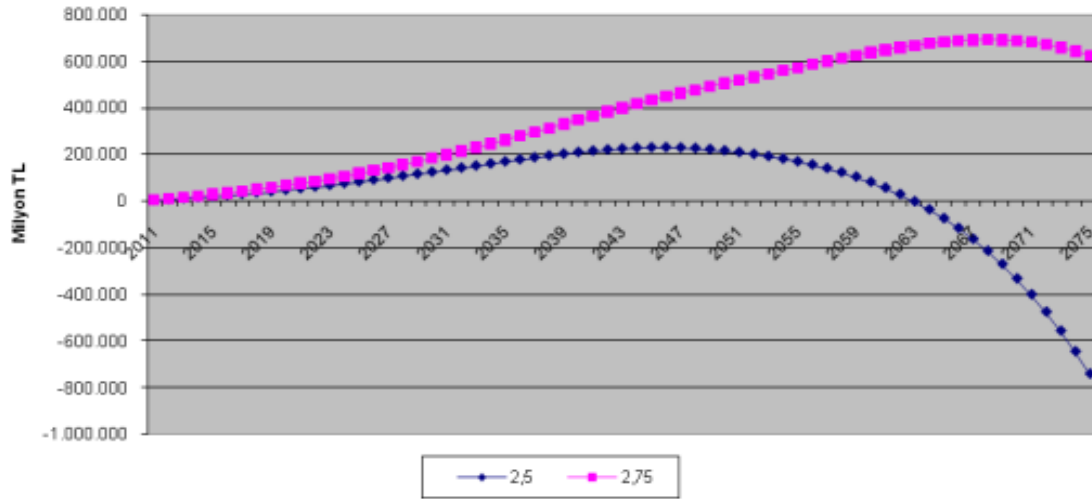
Bakım sigortası çalışmaları taslak raporunda önerilen 3 farklı bakım sigortası sisteminde (ödeme gücü olmayanların sisteme dahil edilmediği sistem, ödeme gücü olmayanların sisteme dahil edildiği sistem ve karma sistem) prim ödeme esasları, prim oranlarına ilişkin durumlar ve finansman yapısına ilişkin tahmini değerler belirlenmiştir. Önerilen sistemlerin tümünde prim ödemekle yükümlü olanlar çalışanlar, emekli aylığı alanlar, malullük ve ölüm aylığı alanlar, sürekli iş göremezlik geliri alanlardan en düşük aylığının üstünde aylık alanlardan oluşmaktadır. Bunun yanında sigortalı bireyin bakmakla mükellef olduğu bireylerin bakıma ihtiyaç duyması durumunda sigortalının prim ödemeye devam edeceği, fakat sigortalı bireyin kendisinin bakıma gereksinim duyması durumunda prim ödeme durumunun sona ereceği vurgulanmaktadır. Prime esas kazanç, aylık ve gelir artma durumlarına göre senelik %4 artış oranının gerçekleştirileceği, gelir-gider dengesinin sağlanamaması durumunda yıllık %4 faiz oranı ile borçlanma yapılacağı ifade edilmektedir (Metin, 2014: 71-72).



Grafik 14: Türkiye'de Prim Ödeme Gücü Olmayanların Sistem Dışında Tutulduğu Modelde Prim Oranı

Kaynak: Almanya Federal Cumhuriyeti'ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği, 2014

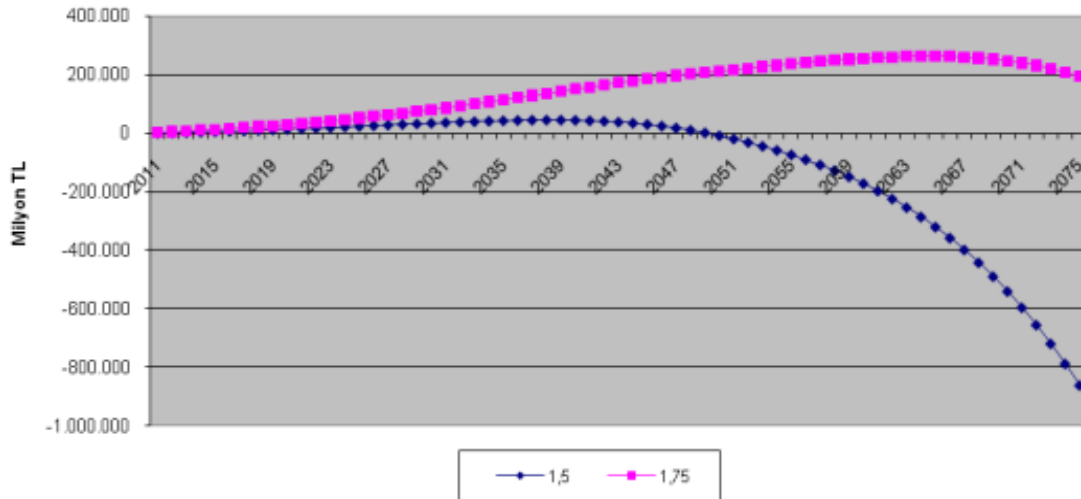
Grafik 14'te prim ödeme gücü olmayan bireylerin sistem dışında tutulmaları durumunda oluşturulacak prim oranı verilmiştir. Prim oranının bakım sigortasının başlangıcında %2,5 olarak belirlenmesi 2043 yılından sonra gelir-gider dengesinin bozulacağı, prim oranının başlangıçta %3 olarak belirlenmesi durumunda ise fon büyüklüğünün 2060'lı yıllara kadar büyüyeceği 2060-2075 yılları arasında ise küçüleceği görülmektedir.



Grafik 15: Türkiye’de Prim Ödeme Gücü Olmayan Bireylerin Sisteme Dahil Edildiği Modelde Prim Oranı

Kaynak: Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, 2014

Grafik 15’te prim ödeme gücü olmayan bireylerin sigorta sistemine dahil edildiği modelde prim oranının sigorta başlangıç tarihinde %2,5 olarak belirlenmesi durumunda gelir-gider dengesinin 2063’te bozulacağı öngörülmektedir. Prim oranının sigortanın başlangıç tarihinde %2,75 olarak belirlenmesi durumunda fonun 2070’e kadar büyüyeceği 2071-2075 yılları arasında küçülme eğilimi göstereceği görülmektedir.



Grafik 16: Türkiye’de Karma Model Önerisinde Prim Oranı

Kaynak: Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, 2014

Grafik 16’da karma sistemde bakım sigortası prim oranının sigorta kolunun başlangıç tarihinde %1,5 olarak belirlenmesi durumunda gelir-gider dengesinin 2050’li yılların başlarında bozulacağı görülmektedir. Ancak bakım sigortasının başlangıç tarihinde prim oranının %1,75 olarak belirlenmesi durumunda fonun 2067’ye kadar büyüyeceği, 2068-2075 yılları arasında ise küçülme eğilimine gireceği görülmektedir.

Bakım sigortasının uygulandığı ülkelerde finansmandaki maliyet yükünü hafifletmek amacıyla özel sigorta kurumları ve gönüllü kuruluşlara yönelik olarak çeşitli teşvikler sunulmaktadır (Doğan, 2021: 196). Ülkemizde kurulacak bakım sigortası uygulamasının yalnızca sosyal sigorta sistemi çerçevesinde oluşturulması rasyonel bir karar olarak gözükmemektedir. Kurulacak olan bakım sigortası uygulaması sosyal sigorta sistemi içerisinde faaliyete geçmesinin yanında vergiler, özel bakım sigortası ve hizmet sunumunun gerçekleşmesi durumunda katkı payı alınması gibi karma bir yapı oluşturularak desteklenmesi gerekmektedir. Aktörlerin çoğalması ile bakım sigortasına gelir sağlayacak kaynaklar artacaktır hem de bireylerin ve devletin finansal yükü hafifleyecektir (Oğlak, 2007: 218).

Bakım sigortasının finansmanı konusunda sosyal güvenlik uzmanlarının işçi, işveren ve devlet finansman sağlayıcılarının yanında gönüllü kuruluşlar ve özel sigorta şirketlerinin sisteme dahil olması ile ilgili görüşleri şu şekildedir:

K1: “Sosyal güvenlik şemsiyesi altında devletin bakım sigortası sistemini kurgulamasından sonra diğer özel bireysel sigorta şirketleri riskleri minimize edecek, karşılayacak bir sigorta türünü ortaya çıkaracaktır. Bakım sigortası sistemi kurulduktan sonra bir takım açıklar ortaya çıkacaktır. Bu açıkları tamamlayabilme adına bir durum gelişebilir.”

K2: “Gönüllü kuruluşlar ve kamu kuruluşları da sistemin finansmanına mutlaka girmelidir.”

K4: “Sosyal güvenlik ve sosyal politika uygulamaları sosyal devlet olmanın bir gerekliliği olarak anayasada güvence altına alınmıştır. Buna göre, uygulanacak politika ve düzenlemeler kamu kurumları ile yürütülmektedir. Bu sosyal problemlerin çözümü ile ilgili öncelikli çözüm devlet olsa da, mevcut dünyada genel kabul gören ekonomik ve sosyal politika ilkeleri gereği sivil toplum kuruluşları ve özel sektörün de sürece katılımı beklenmektedir.”

Prim ödeme sistemine emekli bireylerinde dahil olması ile ilgili katılımcılardan bazıları düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

K1: “Şimdiden bir şey söylemek zor olabilir. Sistemi finanse edebilme açısından uygulamaya geçtikten sonra finansman durumuna göre değerlendirme yapmak daha doğru olur.”

K2: “Çalışma yaşamındayken bireylerden sürekli olarak prim kesilmektedir. Emekli maaşları da düşüktür. Emeklilerden prim kesilmemesi gerektiğini düşünüyorum.”

4.5.4. Organizasyon Yapısına İlişkin Temel Esaslar

Ülkemizde primli rejim sistemindeki sosyal sigorta kollarının yürütülmesinden sorumlu olan kuruluş SGK’dır. Ülkemizde bakım sigortası sisteminin sosyal sigorta kolu olarak faaliyete geçmesi durumunda sorumluluk SGK üzerinde toplanmalıdır. Bakım sigortası çerçevesinde sunulacak hizmetlerin sunumu, kalitesi ve eğitimi konusunda SGK, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı gibi kuruluşlar hizmetlerin bakıma muhtaç olan bireylere ulaştırılmasında görev tanımları açık bir şekilde oluşturulmalıdır. Bakım sigortası taslak raporu çalışmasında önerilen 3 farklı sistemde (prim ödeme gücü olmayan bireylerin sisteme dahil edildiği, prim ödeme gücü olmayan bireylerin sistem dışında tutulduğu ve karma sistem) organizasyon kapsamında sunulacak hizmetler 4 temel kategoriye göre belirlenmiştir (Metin, 2014: 72).

Tablo 29: Türkiye’de Bakım Sigortası Organizasyonundaki Hizmetler

	1.Düzey	2.Düzey	3.Düzey
Evde Bakım (Yakını Aracılığıyla)	0,5 X A.Ü	1 X A.Ü	1,5 X A.Ü
Evde Bakım (Bakıcı Aracılığıyla)	1 X A.Ü	1,5 X A.Ü	2 X A.Ü
Kurumda Yarı Zamanlı	1 X A.Ü	1,5 X A.Ü	2 X A.Ü
Kurumda Tam Zamanlı	2 X A.Ü	2,5 X A.Ü	3 X A.Ü

Kaynak: Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, 2014.

Evde bakım hizmetinin yakınları tarafından verilmesini isteyen bireye ödenecek miktar, bakım hizmetinde uzmanlar tarafından hizmet görmek isteyen bireylere yönelik

ödenek miktar, kurumda yarı zamanlı ve tam zamanlı hizmet almak isteyen bireylere ödenek miktarlar Tablo 26’da açık bir şekilde gösterilmektedir.

Bakım sigortası çerçevesinde sunulacak hizmetler ve uygulamalara ilişkin olarak sosyal güvenlik uzmanlarının görüşleri ise şu şekildedir:

K1: “Bakım parası uygulaması olmalıdır. Bakıma muhtaç bireyin evde kendi bakıcısı varsa bakım parası o kişiye verilmelidir. Bakıma muhtaç birey kendi yaşadığı ortamda bakım hizmeti görmek istiyorsa bakım personeli gönderilmeli, kurumda bakım hizmeti almak istiyorsa da kurumsal bakım hizmeti verilmelidir.”

K4: “Bakıma muhtaç bireyin sosyal yaşantısından koparılmaması açısından evde bakım hizmetleri daha ön plana çıkarılmalı, muhtaç kişinin ihtiyaçları belirlenerek aile bireylerine yardım yapılması daha sağlıklı olacaktır. Lakin bakıma muhtaç bireyin ailesinde ihtiyaçlarını karşılayabilecek kimselerin olmaması durumunda çeşitli sağlık sunucularından destek alınmalı bakım evlerinde ihtiyaçları giderilmelidir. Bu durumda da kişilere buradaki finans giderlerinin karşılanması için destek verilmelidir.”

Nüfusun yaşlanması sağlık hizmetlerinden sosyal yardım sistemlerine kamu maliyesinden aile yaşamına ve uzun süreli bakım konusuna kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir. Ülkemizin nüfusu Avrupa ülkelerine göre daha gençtir. Ancak ülkemizde nüfusun hızla yaşlanması neticesinde sağlık harcamaları ve uzun süreli bakım hizmetlerine yönelik ihtiyaçlar hızla artmaktadır. Bu artış aynı zamanda ciddi düzeyde sağlık sorunu da oluşturmaktadır. Bunun yanında uzun süreli bakım hizmetlerinin altyapısı son derece yetersizdir (Oğlak ve diğerleri, 2017a: 566). Bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesi sonrasında ortaya çıkabilecek en önemli sorun olarak bakım kurumlarının ve bakım çalışanlarının yetersizliği olarak görülmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı çeşitli hizmetleri gerçekleştirebilecek bakım kurumları oluşturmalı, bu kurumlar arasındaki sorumluluk paylaşımları yapılmalıdır (Doğan, 2021: 204).

Ülkemizde uzun süreli bakım hizmetleri oldukça parçalı bir yapıdadır. Farklı türdeki evde bakım hizmetleri için sorumlulukların farklı sağlayıcılara dağıtılması, hizmet parçalanmasına ve farklı bakım türlerinin koordine edilmesinde zorluklara yol açmaktadır. Sorumlulukları olan iki bakanlık (Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) arasında hizmet planlaması ve sunumunda uyum eksikliğinin yanı

sıra dikey entegrasyon zayıf düzeydedir. Bunun yanında belediyelere bağlı bakım sağlayıcıların temsilcileri, sivil toplum kuruluşları ve özel hizmet sağlayıcı temsilcileri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile işbirliği ve koordinasyon çabalarında süre gelen zorluklar olduğu ifade edilmektedir (World Health Organization, 2021: 21).

Ülkemizdeki bakım hizmetlerinin mevcut yapısı göz önünde bulundurularak sosyal güvenlik uzmanlarının devletin yeni bir sigorta kolunu yönetebilme kapasitesi ile ilgili düşünceleri şu şekildedir:

K1: “*Primi tahakkuk ettirmek ve tahsil etme noktasında hiçbir sorun olmaz. Yönetebilmek açısından işsizlik sigortasının yönetime benzer bir şekilde (işçi, işveren, devlet katılımı) Sosyal Güvenlik Kurumu, İŞKUR, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sorumluluk üstlenebilir. Sosyal Güvenlik Kurumu tahakkuk ettirme ve tahsil etme görevini üstlenebilir. Harcama, kullanma ve takip etme yetkisi Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına verilerek 3 ayaklı bir yapı kurulabilir.*”

K2: “*Sistemin yönetimine mutlaka İŞKUR dahil edilmelidir. Eleman yetiştirme ve işbaşı eğitim konusunda gerek Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına gerekse de Sağlık İl Müdürlüklerine teşvikler verilmesi gerekmektedir.*”

K3: “*Yetişmiş personel, bakım profesyonellerinin eğitilerek sertifika sahibi olması da sistemin yürütülmesi açısından gereklidir.*”

K4: “*Mevcut durumda giderek artan sağlık harcamaları, kayıtdışı istihdam ve geçmiş dönemlerden gelen erken emeklilik uygulamaları sebebiyle sosyal güvenlik bütçe açıkları dikkat çekici noktalara gelmiştir. Bu nedenle; bu uygulamayı finanse edebilmek adına bir fona ihtiyaç vardır. Bu fonu da işçi, işveren ve devlet katkısının yer aldığı ideal bir prim oranı ile finanse etmek gerekir. Bakıma muhtaçlık durumu açısından yönetim alanına Sağlık Bakanlığı da entegre edilebilir.*”

Bakım sigortası uygulamasının organizasyonunda devlet kuruluşlarının yanı sıra yerel yönetimler, kar amaçlı ve kar amacı taşımayan sivil toplum örgütleri ortak hareket edebilmektedir. Bu konuda Japonya’nın bakım sigortası uygulaması dikkat çekmektedir. Japonya’da bakım sigortası uygulaması yerel yönetimler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Seyyar ve Oğlak, 2005: 751). Bakım sorumluluğu alan yerel yönetimlerin sunduğu hizmetin kalitesi, bakıcı personele yapılan ödemeler ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Belediyelere yönelik bakım sigortası fonundan

kaynak aktarılmaktadır. Ülkemiz açısından belediyelere yönelik benzer bir uygulamanın hayata geçirilmesi uygun görülmemektedir. Zira merkezi yönetim ve muhalefet partisine sahip belediyelerin farklı siyasi düşünceye sahip olmaları bakım sigortasının finansmanında belediyelerin zorluk yaşamasına neden olabilir. Bu sebeple bakım sigortası çerçevesinde sunulacak hizmetlerin merkezi olarak tek elden yürütülmesi daha doğru bir yaklaşım olarak gözükmektedir (Doğan, 2021: 199).

Organizasyonun yanında bakım hizmetlerinin etkiliği ve kalitesi açısından denetim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Bakım sigortasına yönelik olarak oluşturulacak mevzuat doğrultusunda hizmet sunumu alan bireylerin memnuniyeti, hizmet sunumunu gerçekleştiren kurum ve yetkililerin performansının ortaya çıkarılmasından Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesindeki Denetim Hizmetleri Başkanlığı sorumlu tutulmalıdır. Ayrıca sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin kaydedildiği bir veri tabanı sisteminin oluşturulması, ihtiyaç sahiplerinin gerekli yardımı alıp almadığını denetleyebilir (Doğan, 2021: 202).

Bakım sigortasının gerekliliği üzerine sosyal güvenlik uzmanları ile gerçekleştirilen mülakat çerçevesinde bakım sigortasının organizasyonu, denetimi ve hizmet sunumundaki tarafların sorumlulukları ile ilgili olarak görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

K1: “Bakım sigortasının organizasyonunda diğer sigorta kollarında olduğu gibi sosyal güvenlik kurum tahsil ve tahakkuk ettiği bakım sigortası primini Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının bütçesine aktarmalıdır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının bu hizmeti tek elden sunması gerekmektedir. Bunun yanında bakıma muhtaç bireyin bakımını üstlenen aile bireylerinin de bakım parası desteğini almasının bakıma muhtaç bireye uzun yıllar sosyal güvencesiz bakıp, bakıma muhtaç bireyin yaşamını yitirmesi durumunda kesilen bakım parası sonucunda bakımı sürdüren aile bireyi zorluk çekmektedir. Devlet, bakım hizmetini üstlenen bakıcı aile bireyini de kendi personeli olarak görüp sigorta kapsamına alabilir. Bu çerçevede bakımı üstlenen aile bireyi için bakım süresi şartı belirlenebilir.

Yerel yönetimlerin seçim sonucu değişmesi durumunda yeni gelen belediye başkanının bakış açısı farklı olabilir ve bakım hizmetini kaldırabilir. Bakım hizmetleri kanuni

düzenlemeye verilmiş bir görev değildir. Sosyal belediyeçilik anlayışı çerçevesinde bireysel inisiyatif ile alınmış kararlar ve uygulamalar ile yürütülmektedir.”

K2: *“Yerel yönetimlerin park ve bahçe düzenleme işleri ile ilgili bütçeleri bulunmaktadır. Bakım hizmetleri konusunda yasal çerçevede bir bütçe ayrılabilir.”*

K4: *“Sistemde kullanılacak olan fonların toplanması, sürdürülebilirliğin denetlenmesi ve bu konuda vatandaşların bilgilendirilmesinden Sosyal Güvenlik Kurumu sorumlu olmalıdır. Buna ek olarak özel sigortalar ile de sistemin desteklenmesi daha güçlü bir organizma olması açısından sağlıklı olacaktır.”*

4.6. Bakım Sigortasının Kurulmasına Yönelik Çalışmalar

Türkiye’de bakım hizmetleri alanında 2011’de o dönemki adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2011-2013 yıllarını kapsayan “Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı” hazırlanmıştır. Bakım hizmetleri alanındaki politikaların çerçevesi bakım hizmetleri konusundaki eğitim yetersizliği, kurumsal bakım hizmetlerindeki eksiklikler, teknolojik altyapının yetersiz olması ve belki de en önemlisi olarak kabul edebileceğimiz tüm nüfusu kapsayan bir bakım güvencesi niteliğine sahip bir bakım sigortası uygulamasının olmayışı üzerinde şekillenmektedir (EYHGM, 2011-2013: 5). Bu sorunlar doğrultusunda bakım hizmetleri alanında eğitim sorunlarını, kurumsal bakım sorunlarını, teknolojik yetersizliğin çözülmesi için öncelikli politikalar oluşturulmuştur. Bunun yanında bakım sigortasının kurulmasına yönelik olarak finansman yapısının araştırılması, bakım sigortasında tarafların belirlenmesi, gelir-gider dengesine ilişkin hesaplamaların yapılması gibi konularda çalışmaların yapılacağı ifade edilmiştir (EYHGM, 2011-2013: 6).

Tablo 30: Yıllar İtibariyle 3 Farklı Model Önerisine Göre Bakıma Muhtaç Birey Sayıları

	Ödeme Gücü Olmayanların Sistem Dışında Tutulduğu Model							
Yıllar	2013	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2075
Erkek	360.875	438.513	569.789	715.759	867.854	911.311	984.569	1.023.010
Kadın	414.168	503.728	668.144	864.037	1.062.124	1.145.684	1.240.598	1.286.579
Toplam	775.043	942.241	1.237.933	1.579.796	1.929.977	2.056.995	2.225.167	2.309.590
	Ödeme Gücü Olmayanların Sisteme Dahil Edildiği Model							
Erkek	433.209	526.410	683.999	859.228	1.041.809	1.093.977	1.181.919	1.228.066
Kadın	497.185	604.697	802.069	1.037.227	1.275.019	1.375.329	1.489.267	1.544.466
Toplam	930.395	1.131.107	1.486.068	1.896.455	2.316.828	2.469.306	2.671.187	2.772.531
	Karma Model							
Erkek	433.209	526.410	683.999	859.228	1.041.809	1.093.977	1.181.919	1.228.066
Kadın	497.185	604.697	802.069	1.037.277	1.275.019	1.375.329	1.489.267	1.544.466
Toplam	930.395	1.131.107	1.486.068	1.896.455	2.316.828	2.469.306	2.671.187	2.772.531

Kaynak: Almanya Federal Cumhuriyeti'ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği, 2014.

Bakım sigortasının kurulmasına yönelik olarak hazırlanan taslak rapor çerçevesinde önerilen model önerilerine göre bakıma muhtaç birey sayılarına da yer verilmiştir. Bu raporun yanı sıra bakım sigortasının primli, primsiz ve karma model açısından sosyal güvenlik uzmanlarının model önerisine ilişkin görüşleri şu şekildedir:

K1: “Primli sistem benimsenmelidir. İşçi, işveren ve devletin katkı sunduğu bir primli sistem olmalıdır. Uzun vadeli ve sürdürülebilir bir yapı çerçevesinde herkesin prim ödemesi gerekmektedir.”

K3: “Hastalık sigortası içinde de bakım sigortası uygulaması kurulabilir. Bunun yanında karma model yapısında değerlendirilmelidir.”

K4: “Eğer bakım sigortası ülkemiz sosyal güvenlik sistemine dahil edilecekse primli sistem kullanılmalıdır. Primli sistemde fonda toplanacak primlerin işçi-işveren paylarının belli bir oranda kesilerek oluşturulmalıdır. Başka bir bireyin bakımına muhtaç olan kişinin herhangi bir sağlık güvencesi yoksa devletin hali hazırda

uyguladığı sosyal yardımlardan faydalanabilmesi ve uygulanan bu yardımların iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu durumda primli rejimin ağır bastığı ama devlet katkılarının da sisteme dahil olduğu bir sistem geliştirilmelidir.”

2019’da Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilen 1.Yaşlılık Şurasında Aktif Yaşlanma, Yaşlı Bakım Hizmetleri, Yerel Yönetimlerin rolü üzerinde çeşitli konulara değinilmiştir. Bakım sigortası konusunda hak temelli anlayış doğrultusunda herkesi kapsayan, hizmet sunumlarını uygulayacak kurum ve kuruluşları tek çatı altında toplandığı, ülkemizin ekonomik, kültürel ve sosyal şartları göz önünde bulundurularak kendine has bir modelin oluşturulduğu bir bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesi gerektiği ve primli rejimin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019: 83-85). Bakım sigortası uygulamasına yönelik çalışmaların ve finansman yaklaşımının benimsenmesi konusunda hızlanması gerektiği ifade edilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2019: 97).

2021’de Engelli ve Yaşlı Bireyler için bakım çalıştay gerçekleştirilmiştir. Çalıştayın teması engelli ve yaşlı bireyler için bakım uygulamaları ve sistemin finansmanına ilişkin ülke uygulamalarından oluşmaktadır. Çalıştay’da İrlanda, İsveç, Fransa ve Türkiye’den yetkililer tarafından bakım sigortasına ilişkin sunumlar gerçekleştirilmiştir. Yapılan sunumların içeriği engelli ve yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetleri ile uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansmanı doğrultusunda Türkiye için sunulan tavsiyelerden oluşmaktadır (ASHB, 2021b). SGK uzmanı Tolga BAL tarafından yapılan sunumda bakım sigortasının yapılandırılması önündeki engelleri kaldırmak ve bakım sigortasının yapısı için çeşitli öneriler sunulmuştur. Kapsamlı bir bakış açısıyla politikalar üretmenin, bakım sigortası için fon oluşturmanın ve sürdürülebilir finans yapısının oluşturulmasının, hizmet kalitesini gözlemlemenin, işgücü piyasasının düzenlenmesinin ve vatandaş odaklı etkin bir bakım sigortası uygulaması kurmak gerektiği vurgulanmıştır. Bunun yanında sistematik bir yasal çerçevede bakım sigortasının yapısına ilişkin olarak sosyal sigorta sistemi içerisinde sürdürülebilir finansman için devletin finansmana katıldığı ve özel sigorta sisteminin de teşvik edileceği bir sistem önerisinde bulunulmuştur (TAIEX, 2021). Söz konusu çalıştayın ülkelerin kendine özgü yapıları doğrultusunda oluşturdukları bakım sigortalarının yapılarını nasıl oluşturduklarını kavramak açısından ve ülkemizde oluşturulabilecek

bakım sigortasının yapılması açısından faydalı olması beklenilmektedir (ASHB, 2021b).

Bakım sigortasının gerekliliği üzerine büyükşehir belediyelerinde en az 5 yıldır çalışan bireylerin bakım sigortasına ilişkin tutumlarını ölçmeyi amaçlayan bir saha çalışması da gerçekleştirilmiştir. Çalışmada bakım sigortasına ilişkin çeşitli bulgulara ulaşılmıştır. Katılımcıların %66'sı bakım sigortasının sosyal sigorta kolu bünyesinde kurulması gerektiğini ifade etmiştir. Bakım sigortasından faydalanma yöntemi olarak da katılımcıların %57,6'sı bakım parası uygulamasını tercih etmiştir (Orhaner ve Doğuç, 2016: 134).

4.7. Bakım Sigortasının Kurulmasına Yönelik Öneriler

Bakım sigortasına yönelik olarak birçok öneri sunulmaktadır. Öneriler ağırlıklı olarak finansman ve sistem yapısı üzerine odaklanmaktadır. Yaşlı bireyler için 2007 ve 2015'deki ulusal eylem planı gibi resmi belgelerde, toplumda ihtiyaç sahibi tüm insanlara cevap verebilmek için akılcı, sistematik ve sürdürülebilir bir sistemin kurulması gerektiği kabul edilmektedir. Ancak son yıllarda bu tür hizmetlerin sağlanmasını ve finansmanını etkileyecek önemli reformlar yapılmamıştır. Öte yandan bir dizi plan ve belgelerde, yaşlanan nüfustan kaynaklanan sorunları ele alacak politikalara ihtiyaç olduğuna işaret edilmektedir. Geçmişteki ulusal kalkınma planlarında yaşlılık ve bakım hizmetleri ile ilgili konulara değinilmiş, kurumsal bakım kapasitesi ve aktif yaşlanmanın önemi vurgulanmıştır. 11.Kalkınma planında uzun süreli bakım ile ilgili politikalar yer almakta ve “uzun süreli bakıma muhtaç yaşlılara yönelik hizmetlerin çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacağı” ifade edilmektedir. Yerel yönetimin katılımını artırmaya yönelik politikalardan bahsedilmektedir. Ancak herhangi bir ayrıntıya yer verilmemiştir. Kapsamlı ve sürdürülebilir bir bakım sigortası sisteminin kurulması da önerilmektedir (Adaman ve diğerleri, 2021: 10).

Uzun süreli bakım sisteminin finansal sürdürülebilirliği çeşitli çalışmalar ile tüm ülkelerde tartışılmaktadır. Tartışılan konuların içeriği merkezi ve bölgesel/yerel yönetim yetkililerinin tanımlanması, hizmetlerin kamu ve özel sektörler arasında tahsisi ve sağlık sistemlerinin entegrasyonu ve uyumundan oluşmaktadır. Bu kapsamda birçok ülke çeşitli stratejiler üretmektedir. Türkiye’de de uzun süreli bakım riskini sosyal güvenlik sistemine eklemek yönünde tartışmalar yürütülmektedir (OECD, 2020: 9). Yaşlanan

nüfus ve bakım hizmetlerine yönelik artan taleple birlikte, sürdürülebilirliğin önemli bir zorluk haline gelmesi muhtemel gözükmektedir. Aile bağlarının zayıflaması sebebiyle özellikle yaşlıların gelecekte kurumsal bakıma ihtiyacı olması da muhtemel gözükmektedir. Bununla birlikte cari harcamaları sayısallaştıran veya gelecekteki finansman ihtiyaçları ile ilgili projeksiyon çalışmaları yapılmamaktadır (Adaman ve diğerleri, 2021: 10). Uzun süreli bakım fonunu yeniden yapılandırarak, yeni bir bakım sigortası fonu kurarak ya da uzun süreli bakım ihtiyaçlarını genel sağlık sigortası kapsamında karşılayarak, gelir testinden yardımların ihtiyaç testine geçirilmesi gerekmektedir. Uzun vadeli bir bakım sigortası planı geliştirme öneriler yıllardır tartışılmasına rağmen yavaş ilerlenmektedir. Bu durum muhtemelen görevin muazzam karmaşıklığından ve uzun süreli bakım sisteminin kültürel temellerinden kaynaklanmaktadır (World Health Organization, 2021: 32).

Bakım sigortası sisteminin ne zaman kurulması gerektiği ile ilgili sosyal güvenlik uzmanlarının görüşleri şu şekildedir:

K1: “Bakım sigortası uygulaması uzun vadeli bir yatırımdır. Acil olarak kurulması gerekmektedir.”

K2 ve K3: “Bakım sigortası uygulaması acil olarak kurulmalıdır.”

K4: “Bakıma muhtaç kişilerin rahat bir şekilde yaşaması için finansal desteğin çok önemli bir yeri vardır. Buradan hareketle artan yaşlı nüfusunda göz önünde bulundurulmasıyla bakım sigortası için gerekli sistemin geliştirilmesiyle en kısa sürede başlaması gerekir.”

Bakım sigortasına yönelik olarak sistematik ve kapsamlı bir yaklaşımla, uluslararası belgelerde tavsiye edildiği gibi bakım sorumlukları devlet-belediye işbirliğine dayandırılmalıdır. Yakınlarına geçici veya kalıcı bakım sağlayamayacak durumda olan bireylerin ihtiyaçlarına cevap verebilmek için barınma kurumları ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri artırılmalıdır. Sunulan hizmetlerin kalitesi de iyileştirilmeli ve sürdürülebilir kaliteyi sağlayan bir belgelendirme prosedürü getirilmelidir. Yaşlı ve engellilere destek sağlayan farklı kurumlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Gerekli bakımın sağlandığından emin olmak ve aynı zamanda bakıcılara bakım sektöründe uzun vadeli bir kariyer sağlamak için verimli bir eğitim sistemi gerekmektedir (Adaman ve diğerleri, 2021: 11).

SONUÇ

Ülkemizde bakıma muhtaçlık durumunun ortaya çıkması durumunda sunulacak hizmetler çeşitli kurumların sorumluluk alanlarına bırakılmıştır. Genel olarak ülkemizdeki bakım hizmetlerinin genel yapısının devlet eliyle yürütüldüğünü söylemek mümkündür. Primli rejime dahil olan bireylerin bakıma muhtaç olmaları durumunda malullük, sürekli iş göremezlik geliri şeklinde kazanılmış haklar üzerinden sistem işlemektedir. Bunun yanında bakanlık bünyesinde sosyal yardımlar ve bakım hizmeti uygulanmaktadır. Primli ve primsiz sistemleri yürüten Sosyal Güvenlik Kurumu, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yanı sıra sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler de belirli çalışmalar yürütmektedir. Görüldüğü üzere ülkemizde bakım hizmetleri parçalı olarak sunulmaktadır. Hayata geçirilmiş bir bakım sigortasının eksikliği hissedilmektedir. Bunun göstergesi olarak ülkemizde yaşlı nüfusun artması, doğurganlık oranlarının azalması, ortalama yaşam beklentilerinin artması, yaşlı bağımlılık oranlarının artması gibi demografik faktörlerdeki geçmişten günümüze gerçekleşen değişim ve bunun yanında sağlık harcamalarındaki artışlar ve aile yapısındaki değişiklikler bakım sigortasının gerekliliğinin ve öneminin anlaşılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bakım sigortasının önemini ortaya koyan unsurlara ilişkin önemli veriler yayınlanmaktadır. TÜİK'ten elde edilen verilere göre 2021'de ülkemizin yaşlı nüfus oranı %9,7'dir. Yaşlı nüfus oranının 2040'da %16,3'e, 2060'da %22,6'ya ve 2080'de %25,6'ya yükselmesi beklenmektedir. Diğer bir ifadeyle 2080'de Türkiye'de dört kişiden birinin yaşlı olması beklenmektedir. 2018'de yayınlanan Türk Aile Yapısı araştırmasına göre ülkemizde geniş aile yapısı daralırken çekirdek aile yapısı ve dağılmış aile yapısı artış göstermektedir. 2016 çekirdek aile yapısı %69,3 iken geniş aile yapısı %10,8 ve dağılmış aile yapısı %19,9'dur. TÜİK'ten elde edilen verilere göre devletin sağlık harcamalarındaki payı giderek artmaktadır. Devletin sağlık harcamalarındaki payı 2000'de %61,1, iken, 2005'te %67,8'e, 2010'da %78,6'ya, 2015'te %78,5'e ve 2020'de %79,2'ye yükselmiştir. Ülkemizde hali hazırda bir bakım sigortası bulunmamakta, ancak nüfusun hızla yaşlanması, aile yapısının değişmesi ve sağlık harcamalarındaki artan maliyetler bir an önce gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bir bakım sigortası ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bunun yanında bakım hizmetlerinin dağınık yapısını düzenleyecek tek bir çatı altında bakım sigortası çerçevesinde hizmetlerin sunulduğu bir yapının oluşturulması gerekmektedir.

Bakım sigortasının ülkemizin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik, kültürel koşullar ve demografik değişimin etkisi göz önünde bulundurularak gerekli politikaların hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir. Bakım sigortası uygulamasının hayata geçirilmesi için ülkemizde bazı çalışmalar yapılmıştır. Bakım sigortasına yönelik olarak taslak rapor çerçevesinde modellenmeler oluşturulmuştur. Bunun bakım sigortasının gerekliliğini ortaya koyan çalıştay ve raporlarda hazırlanmıştır. Ancak yapılan çalışmalar yetersiz düzeyde kalmaktadır. Bakım sigortasının belirli temel göstergeler üzerinde şekillendirilmesi gerekmektedir. Sistemin kapsamı sosyal sigorta içerisinde bütün nüfusu kapsayacak şekilde olmalıdır. Bunun yanında sistemden yararlanabilecek bireylerin ve yakınlarının faydalanma durumları diğer sigorta kollarındaki koşullara benzer şekilde oluşturulabilir. Prim ödeme gücü olmayan bireylerin ise sisteme dahil edilmesi gerekmektedir. Bu durum devletin primli rejime dahil olmayan bireyler için yapacağı sosyal yardımlarda tasarruf etmesini sağlayacaktır. Bu durumun sağlanmasında Genel Sağlık Sigortası sisteminde bulunan her bir bireyin aynı zamanda bakım sigortalı olarak kabul edilmesi ile sağlanması mümkündür. Prim ödeme gücü olmayan bireylerin sistemden yararlanmasını sağlamak amacıyla farklı yaklaşımların da tartışmaya açılması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bakım sigortası uygulaması hayata geçirilirken en önemli sorun olarak görülen sistemin finansmanında işveren işgücü maliyetlerine ilişkin endişelerini ortadan kaldıracak politika ve stratejilerin oluşturulması gerekmektedir. Bu doğrultuda oluşturulacak prim oranlarının işveren maliyetlerini etkilememesi için vergi indirimi ve prim oranlarının ödenmesi durumunda belirli vergilerde indirim kazanılması gibi teşvik edici politikalar üretilebilir. Sistemin organizasyonunda ise sunulacak hizmetlerin tek bir elden koordine edilmesi karmaşıklığı önleyecektir. Bakım sigortası çerçevesinde sunulacak hizmetler, yararlanma durumları, bakıma muhtaçlığın derecelendirilmesi gibi çeşitli faktörler açık bir şekilde hazırlanmalıdır. Bu hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu olacak personelin yeterliliğini sağlayacak eğitim modelleri oluşturulmalıdır. Sistemin bütün dinamiklerinin işlerliğinin kontrolünü sağlayacak, eksiklerini tespit edebilecek denetim mekanizması devletin ilgili denetim kurumları aracılığıyla oluşturulmalıdır. Bakım sigortasının yapılandırılmasına yönelik olarak sosyal güvenlik uzmanlarının görüşlerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen mülakat çalışmasında önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Mülakat çerçevesinde katılımcıların bakım sigortasının kapsamı,

yararlanma koşulları, finansman yapısı ve organizasyon durumuna ilişkin görüşleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgulara göre katılımcılar kurulacak bakım sigortasının tüm nüfusu kapsamayı gerektiğini ifade etmektedir. Yararlanma koşulları açısından en az 6 ay bakıma muhtaçlık kriterinin, prim ödeme gün sayılarının olması gerektiği ifade edilmiştir. Katılımcıların bir kısmı bakım sigortasından yararlanma kriterlerinde prim ödeme gün sayısı olması gerektiğini belirtirken bir kısım ise sürekli iş göremezlik gelirinde olduğu gibi 1 gün bile çalışılmış olsa kapsam altında olunması gerektiğini ifade etmiştir. Bakım sigortasının finansmanına ilişkin olarak işçi, işveren ve devletin katkı sunduğu bir primli bir finansman modeli önerilmiştir. Finansman sağlayıcı taraflara yönelik olarak gönüllü kuruluşlar ve özel sigorta şirketlerinin de sisteme dahil olabileceği ifade edilmiştir. Primli rejim dışında olan bireylere yönelik olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının kendi fonu çerçevesinde sosyal yardım ve sosyal hizmetlerinin kullanılması gerektiği de ifade edilmiştir. Hizmet sunumu açısından bakım parası ve evde bakım hizmetlerine yönelik olarak görüşler ifade edilmiştir. Organizasyon yapısına ilişkin olarak ise bakım sigortası uygulamasında Sosyal Güvenlik Kurumu ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ve İŞKUR'un dahil olduğu bir 3 ayaklı modelin uygulanabileceği ifade edilmiştir. Yerel yönetimlerin de bakım hizmetleri konusunda yasal çerçeveye dayanılarak bir bütçe çalışmasının da yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Bunun yanında mülakat çerçevesinde görüşleri alınan sosyal güvenlik profesyonelleri ülkemizin demografik durumuna dayanarak acil olarak bakım sigortası sisteminin kurulması gerektiğini ifade etmişlerdir.

KAYNAKÇA

- 1982 Anayasası, (1982), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 18 Ekim 1982.
- 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu, (1983), T.C. Resmi Gazete, 18059, 24 Mayıs 1983.
- 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, (1986), T.C. Resmi Gazete, 19134, 29 Mayıs 1986.
- 5378 Sayılı Engelliler Kanunu, (2005), T.C. Resmi Gazete, 25868, 1 Temmuz 2005.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, (2006), T.C. Resmi Gazete, 26200, 16 Haziran 2006.
- 25751 Sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, (2005), T.C. Resmi Gazete, 25751, 10 Mart 2005.
- 26960 Sayılı Özel Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, (2008), T.C. Resmi Gazete, 26960, 7 Ağustos 2008.
- Açıkgöz, S., Bollukçu, P., Gökçe, G. C., Yar, Z. S. (2016), "Zihinsel ve Ruhsal Engellilere Yönelik Terapi Bahçeleri: Özel Bakım Merkezleri Örneği".
- Adaman, F., Dilek, A., Erus, B., Sayan, S. (2021), "Long-term care for older people", *Eurupean Social Policy Network* , s. 3-14.
- Adelina Comas-Herrera, R. W. (2012), From Commission to Commission Financing Long-Term Care in England, J. C.-F. Courbage içinde, *Fiinancing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models*, Palgrave macmillan, s.151-169.
- Ağören, VELİ, (2017), "Bakım Sigortası ve Türkiye için Model Önerisi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, s. 1-26.
- Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2020), *Yaşlılar İçin Bilgilendirme Rehberi* 3, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.aile.gov.tr/media/45960/yaşlılar-icin-bilgilendirme-rehberi-3.pdf>
- Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2020a), *2020 Yılı Faaliyet Raporu*, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.aile.gov.tr/media/73627/2020-faaliyet-raporu.pdf>
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2019), *Birinci Yaşlılık Şurası Raporları*. Ankara.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2021), *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*, ASHB. https://www.aile.gov.tr/media/96693/eyhgm_istatistik_bulteni_aralik_2021.pdf
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2021a), *Aile Temelli Ulusal Erken Müdahale Programı Geliştirme Çalıştayı*, Ankara.

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2022), *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. https://www.aile.gov.tr/media/102557/eyhgm_istatistik_bulteni_subat_2022.pdf.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, (2017), *Türkiye'nin Bütünleşik Sosyal Yardım Sistemi*, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2019), *TÜRKİYE AİLE YAPISI İLERİ İSTATİSTİK ANALİZİ, 2018*, Ankara: AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI.
- Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2021), *Aile Haftası Paneli Raporu 15-21 Mayıs 2021*. Ankara: Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.
- Akpınar, M., Şahin, A., Zengin, E. (2012), "Sosyal Yardımların Yerel Düzeyde Sunulması: Sorunlar ve Çözüm Önerileri", *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(3), s. 21-28.
- Alex JİNGWEİ, J. Q.-S.-L. (2021), "Preferences for private long-term care insurance products in a super-ageing society: A discrete choice experiment in Hong Kong", *Social Science and Medicine*, s.1-31.
- Almanya Federal Sağlık Bakanlığı, (2020), *"Bakım El Kitabı"*, Berlin.
- Altun, Z. (2021), "Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar ve Sosyal Hizmetler: Sivil Toplum Kuruluşları Üzerinden Bir Değerlendirme", *Toplumsal Politika Dergisi*, 2(1), s. 30-44.
- Altuntaş, M., Yılmaz, T., Güçlü, Y., Öngel, K. (2010), "Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri", *Teğecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20 s. 153-158.
- Arntz, M., Sacchetto, R., Spermann, A., Widmaier, S., (2007), "The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options", *Discussion Paper Series*, s. 1-25.
- Ashb, (2021b), *Engelli ve Yaşlı Bireyler İçin Bakım Sigortası Çalıştayı*. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. <https://www.aile.gov.tr/yayinlar/raporlar/engelli-ve-yasli-hizmetleri/>.
- Asiskovitch, S., (2013), "The long-term care insurance program in Israel: Solidarity with the elderly in a changing society", *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(2), s. 1-19.
- Ayhan, B., (2014), *"Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler"*, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., World Health Organization, (2018), *Austria: Health system review*.

- Bal, T. (2016), "OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler", *SGD- Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), s. 159-196.
- Berkün, S. (2017), "Türkiye'de Sosyal Belediyecilik Anlayışı", *Şarkiyat*, 9(2), s. 582-598.
- Bilge, U., Elçioğlu, Ö., Ünalacak, M., Ünlüoğlu, İ. (2014), "Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri", *Euras J Fam Med*, 3(1), s. 1-8.
- Bowes, D. B. (2011), *Free Personal Care In Scotland, (Almost) 10 Years On*.
- Bulduk, E. Ö. (2014), "Yaşlılık ve Toplumsal Değişim", *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, s. 53-60.
- Bulut, M. (2011), "Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım Yaklaşımı ve Türkiye'de Durum", *Yardım ve Dayanışma Dergisi*, 2(3), s. 57-64.
- Burau, V., Dahl, H. M. (2013), Trajectories of Change in Danish Long Term Care Policies-Reproduction by Adaptation through Top-Down and Bottom-Up Reforms, C. R. Pavolini içinde, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer, s. 79-95.
- Campbell, J., Ikegami, N., Gibson, M. J., (2010), "Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan", *Health affairs*, 29(1), s. 87-95.
- Cbs, (tarih yok), *Population in the future*, Population in the future (cbs.nl). Erişim Tarihi 17/01/2022.
- Christophe Courbage, G. M.-M. (2020), "The effect of long-term care public benefits and insurance on informal care from outside the household: empirical evidence from Italy and Spain", *The European Journal of Health Economics*, 21(8), s. 1131-1147.
- Colombo, F. (2012), Typology of Public Coverage for Long-Term Care in OECD Countries, J. C.-F. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models*, London : Palgrave Macmillan, s. 17-40.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxox, C., Rothgang, H. (2006), "Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom", *Ageing and Society*, 26(2), s. 258-302.
- Corre, P. Y. L., (2012), Financing Long-Term Care in Europe. C. C. Joan Costa Font içinde, *Long Term Care Insurance: Building a Successful Development*, London: Palgrave Macmillan, 2012, s. 53-72.
- Courbage, J. C. (2012), Financing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models. J. C. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models*, London: Palgrave Macmillan, 2012, s. 3-317.

- Çoban, M., Esatoğlu, A. E., İzgi, M. C. (2014), "Türkiye'de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi", *Türkiye Biyodetik Dergisi*, 1(3), s. 154-176.
- Çöpoğlu, M. (2014), "Sosyal Belediyecilik ve Sorunları", *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), s. 223-247.
- Daşlı, Y. (2018), "Yoksullukla Mücadele Aracı Olarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları", *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), s. 525-542.
- Department for Work and Pensions, (2021), *DWP benefits statistics: August 2021*. Department for Work and Pensions, Department for Work and Pensions. <https://www.gov.uk/government/statistics/dwp-benefits-statistics-august-2021/dwp-benefits-statistics-august-2021#health-disability-and-care>.
- Destatis, (2021), Press Release: Number of people aged 67 or over will grow 22% by 2035, *Number of people aged 67 or over will grow 22% by 2035*(459). DESTATIS.
- Dijkhoff, T., (2018), Long-Term Care in the Netherlands. U. B. Reinhard içinde, *Long-Term Care in Europe A Juridical Approach*, Springer, s. 309-352.
- Dilik, S. (1998), "Sosyal Güvenlikte Yeni Bir Sigorta Kolu Bakım Sigortası", *Kamu-İş Dergisi*.
- Doğan, Ö. (2021), Karşılaştırmalı Hukuk Bakımından Uzun Dönemli Bakım Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği, (Doktora Tezi), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Engelsiz Yaşam Derneği, (tarih yok), *EyDer*. <https://ey-der.com/ana-sayfa/turkiye-ve-dunyada-engelliler/> Erişim Tarihi 31/03/2022.
- Erol, S. I. (2016), "Küresel Bir Sorun Olarak Demografik Dönüşüm: Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Önlemler", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, s. 75-123.
- Erol, Z., Karasoy, G., Yıldırım, B. (2021), "Sosyal Hizmetler Alanında Sosyal İnovasyon Odaklı Uygulamalar: Kamu Kurumları Örneği", *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), s. 623-641.
- Eurostat, (2021), *Population on 1st January by age, sex and type of projection*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19np/default/table?lang=en. Erişim Tarihi 19/01/2022.
- Evde Bakım Derneği, (tarih yok), *Evde Bakım Derneği*. <http://evdebakim.org.tr/amacimiz>. Erişim Tarihi 22/02/2022.
- Eyhgm, (2011), *Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. <https://www.aile.gov.tr/EYHGM/Projeler/Engelliler-Destek-Programi-2011-2019.pdf>. Erişim Tarihi 26/02/2022.

- Eyhgm, (2011-2013), *Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı*, <https://www.aile.gov.tr/yayinlar/raporlar/engelli-ve-yasli-hizmetleri/>
- Eyhgm, (2016), *Yaşlı Destek Programı*, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.aile.gov.tr/EYHGM/Projeler/Yasli-Destek-Programi-YADES-2016-2018.pdf>. Erişim Tarihi 26/02/2022.
- Fukuyama, Y., Ishibashi, A., Shinchu, K., Akiyama, A., (2022), "Factors affecting the future employment of new graduate nurses as home visiting nurses: a cross-sectional study in Japan", *Journal of Rural Medicine*, 1(17), s. 50-56.
- Genç, Y., Barış, İ. (2015), "Yaşlı Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi", *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(10), s. 36-57.
- Geyer, J., Haan, P., Korfhage, T., (2017), "Indirect Fiscal Effects of Long-Term Care Insurance", *Fiscal Studies*, 38(3), s. 393-415.
- Glendinning, C. (2013), Long Term Care Reform in England: A Long and Unfinished Story, C. R. Pavolini içinde, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer, s. 179-200.
- Government Office for Science. (2016), *Future of an Ageing Population*. Foresight.
- Government United Kingdom, (tarih yok), GOV.UK. 01 25, 2022 tarihinde <https://www.gov.uk/carers-allowance> Erişim Tarihi 25/01/2022.
- Gürer, A., Çıpran, F. K., Özlen, N. A. (2019), "Yaşlı Bakım Hizmetleri", *Journal of Health Services and Education*, 3(1), s. 1-6.
- Hekimler, A. (2017), "Yaşlılara Yönelik Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Bakım Sigortası: Federal Almanya Örneği", *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), s. 235-243.
- Hekimler, A. (2019), "Türkiye'de Bakım Sigortasının Kurulması Gerekliliği Üzerine Değerlendirmeler", *Cataloging-In-Publication Data*, 101.
- International Labor Organization, (tarih yok), *International Labor Organization*, <https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/long-term-care/lang--en/index.htm> Erişim Tarihi: 18/12/2021.
- J.M.Wiener, (2011), "Long-term care financing service delivery and quality assurance: The international experience", *Academic Press*, s. 309-322.
- Kara, B. (2018), "Türkiye'de Aile Yapısının Değişimine Etki Eden Dinamikler", *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, (40), s. 374-385.
- Karaarslan, E. (2010), "Sosyal Yardım Kanunu Hazırlanma Zorunluluğu", *Sosyal Diyalog Dergisi*, s. 50-55.

- Karagöz, S. (2020), "Türkiye'de Sosyal Devletin Sosyal Yardım Bağlamında Değerlendirilmesi", *Ekonomi, İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(2), s. 146-169.
- Karakuş, B. (2018), *Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu*, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı .
- Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R., Rickayzen, B. (2006), "Future costs for long-term care: cost projections for long-term care for older people in the United Kingdom", *Health Policy*, 75(2), s. 187-213.
- Karlsson, M., Iversen, T., Qien, H., (2012), Scandinavian Long-Term Care. J. C.-F. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models*, London: Palgrave macmillan, s.254-278.
- Kılıç, A.K, Yılmaz, S. (2018), "Türkiye'de Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Sosyal Hizmet Uygulamaları", *Pamukkale Journal of eurosian Socioeconomic Studies*, 5(1), s. 1-14.
- Kıvanç Ekici S. VE Gümüş Ö. (2016), "Yaşlılıkta Teknolojinin Kullanımı", *Ege Tıp Dergisi*, s. 26-30.
- Koçman, Asuman, (2006)," Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Bakım Güvencesi", *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(2), s. 109-113.
- Kocabaş Fatma ve Kol Emre, (2020), "Almanya ve Türkiye'de Karşılaştırmalı Olarak Bakım Hizmetleri: Türkiye'de Bakım Sigortası Kurulmasına Yönelik Bir Öneri", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 283-310.
- Lecovich, E., (2012), "The long-term care insurance law in Israel: Present and future", *Journal of Aging & Social Policy*, 1(24), s. 77-92.
- Maarse, J. H., Jeurissen, P. P., (2016), "The policy and politics of the 2015 long term care reform in the Netherlands", *Health Policy*, 120(3), s. 241-245.
- Marino, A.and Lorenzoni, (2019), *The impact of technological advancements on health spending: A literature review*, OECD.
- Melis, R. J., Rikkert, M. G. O., Parker, S. G., van Eijken, M. I. (2004), What is intermediate care ? *bmj*, 329(7462), s. 360-361.
- Meagher, G., Szebehely, M., (2013), Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences, C. R. Pavolini içinde, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer, s. 55-78.
- Metin, M. (2014), "Almanya Federal Cumhuriyetindeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Metin, O. (2011), "Sosyal Politika Açısından AKP Dönemi: Sosyal Yardım Alanında Yaşananlar", *Çalışma ve Toplum*, 1(28), s. 179-200.
- Moreno, P.-L. G.-M. (2019), The economic value of time of informal care and its determinants, *PloS one*.
- Nadash, P., Doty, P., von Schwanenflügel, (2018), "The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments", *The Gerontological Society of America*, 58(3), s. 588-597.
- Nations, United. (2019a), *United Nations*, <https://www.un.org/en/un75/shifting-demographics>. Erişim Tarihi: 01/01/2022.
- National Insurance, (tarih yok), National Insurance: Receiving a cash benefit - Long-Term Care (btl.gov.il) Erişim Tarihi 13/01/2022.
- National Insurance Institute Of Israel, (2016), *Long-Term Care*. National Insurance Institute Of Israel.
- National Statistics and Official Statistics, (2021), *Adult Social Activity and Finance Report, England 2020-21*, NHS Digital.
- Nations, United. (2019), *World Population Prospects 2019: Highlights*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Nations, United. (2020), *United Nations*, <https://www.un.org/en/global-issues/ageing> Erişim Tarihi 01/01/2022.
- OECD, (2011), *Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris: OECD.
- OECD, (2020), *Long Term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*, OECD, s. 3-33.
- OECD, (2020a), *Spending on long-term care*, OECD.
- OECD, (2021), *Public and Private Sector Relationship in Long-Term and Healthcare Insurance*, OECD, s. 3-30.
- OECD, (2021a), Trends in life expectancy, OECD içinde, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, Paris: OECD, s. 80-83.
- OECD, (2021b), *Health at a Glance*. Paris: OECD.
- OECD, (2022), *Elderly Population*, doi: 10.1787/8d805ea1-en. Erişim Tarihi 14/01/2022.
- OECD, (2022a), *Life expectancy at birth*, doi: 10.1787/27e0fc9d-en. Erişim Tarihi 15/01/2022.

- OECD, (2022b), *Old- age dependency ratio*, doi: 10.1787/e0255c98-en. Erişim Tarihi 15/01/2022.
- OECD, (2022c), *Population*, doi: 10.1787/d434f82b-en Erişim Tarihi 17/01/2022.
- OECD, (2022d), *Fertility Rate*, <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>. Erişim Tarihi 19/01/2022.
- OECD, (2022e), *Health Spending*, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. Erişim Tarihi 19/01/2022.
- Oğlak, Sema, (2007), *"Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası"*, 1.Baskı, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, İzmir.
- Oğlak, S. (2011), "Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri", *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 13(4), s. 115-130.
- Oğlak, S. (2017), "Yaşlı Bakımında Görünmeyen İşgücü: Aile Bakımı ve Ekonomik Değeri", *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), s. 73-87.
- Oğlak, S., Canatan, A., Tufan, I., Acar, S., Avcı, N. (2017a), "Long Term Care In Turkey: Are We Ready to Meet Older People's Care Needs", *Innovation in Aging*, s. 566-566.
- Orhaner, E., Doğuç, E. (2016), "Büyükşehirlerde çalışan nüfusun Türkiye'deki bakım hizmetleri ve bakım sigortası hakkındaki beklentileri", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), s. 126-138.
- Ökmen, M. (2005), "Küreselleşme Sürecinde Yerelleşme Eğilimleri ve Yerel Yönetimler", *Yerel Yönetimler Üzerine Güncel Yazılar -1 Reform*, s. 539-565.
- Österle, A.,and Rothgang, H., (2010), Long-Term Care, *Oxford Handbooks Online*, s. 1-9.
- Örtesle, A. (2013), Long-term care reform in Austria: Emergence and development of a new welfare state pillar, C. R. Pavolini içinde, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*, New York: Springer, s.159-177.
- Österle, A. (2021), The Long Term Care System in Austria. *Social Policy Country Briefs*.
- Özer, Ö., Şantaş, F. (2012), "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), s. 96-103.
- Özmete, E., Hussein, S., (2017), *Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu Avrupa'dan En İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı*, Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

- Paul, D. D. S., David, P., Schaeffer, K. C. (2017), Long-term care policy: What the United States can learn from Denmark, Sweden and the Netherlands, s. 223-236.
- Pektaş, E. K. (2010), "Türkiye'de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları ve Temel Sorunlar", *Akademik İncelemeler Dergisi*, 5(1), s. 4-22.
- Pesando, L. M. (2019), Global Family Change: Persistent Diversity With Development, *Population and Development Review*, 45(1), s.133-168.
- Pfeil, W. J. (2018), Benefit Structures for Persons Dependent on Long-Term Care in Austria, U. B.-J. Reinhard içinde, *Long-Term Care in Europe*, Springer, s. 19-55.
- Roit, D., (2013), Long-term care reforms in Netherlands, C. R. Pavolini içinde, *Reforms in Long-term Care Policies in Europe*, New York: Springer, s. 97-115.
- Rothgang, H., (2010), "Social Insurance for long-term care: An evaluation of the German model", *Social Policy & Administration*, 44(4), s. 436-460.
- Schulz, E. (2010), The long-term care system in Denmark.
- Schut, F. T., Berg, B. V. D., (2012), Long-Term Care Insurance in the Netherlands. J. C.-F. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe*, London: Palgrave macmillan, s. 103-124.
- Selek Öz, C., (2010), Sosyal Belediyecilik Bağlamında Evde Bakım Hizmetleri: İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri Örnekleri, (Doktora Tezi), Sakarya: Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Selek Öz C. ve Balta. S. (2020), "Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Güncel Sosyal Politikaların Analizi", *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, s. 69-94.
- Sevim, K., (2017), "Hollanda'da Yaşlı Bakım Hizmetleri", *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(1), s. 55-63.
- Seyyar, A., Oğlak, S., (2005), "Almanya ve Japonya'da Bakım Sigortası Uygulamaları", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 55(1), s. 735-757.
- Seyyar, Ali, (2008), "*Sosyal Siyaset Terimleri Ansiklopedik Sözlük*", 2.Baskı, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Seyyar, Ali, (2015), "*Hasta, Engelli ve Yaşlı Hizmetlerinde Bakım Terimleri*", 2.Baskı, Rağbet Yayınları, İstanbul.
- Sivil Toplumla İlişkiler Genel Müdürlüğü, (tarih yok). [siviltoplum.gov.tr](https://www.siviltoplum.gov.tr/derneklerin-faaliyet-alanlarına-gore-dagilimi).
<https://www.siviltoplum.gov.tr/derneklerin-faaliyet-alanlarına-gore-dagilimi>.
Erişim Tarihi 23/02/2022.
- Szebehely, M., Trydegard, G., B., (2011), *Home Care in Sweden*.

- Szebehely, M. (2020), The impact of COVID-19 on long-term care in SWEDEN.
- Şahin, L., Öztürk, M. (2011), "Küreselleşme Sürecinde Sivil Toplum Kuruluşları ve Türkiye'deki Durumu", *In Journal of Social Policy Conferences*, 54, s. 3-29.
- Şenol, D., Erdem, S. (2017), "Yaşlılık ve Yaşlı Kadınlarda Huzurevi Algısı: Nitel Bir Araştırma", *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), s. 31-50.
- T.C Sağlık Bakanlığı, (2019), *Sağlık İstatistik Yıllığı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
- TAIEX. (2021, 01 20-21). *TAIEX Workshop on Care Insurance for Persons with Disabilities and the Elderly*, <https://webgate.ec.europa.eu/TMSWebRestrict/resources/js/app/#/library/detail/70726>. Erişim Tarihi 24/03/2022.
- Talas, M. (2011), "Sivil Toplum Kuruluşları ve Türkiye Perspektifi", *Türklük Bilimi Araştırmaları*, (29), s. 387-401.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Campbell, J.C., (2011), "Populatin ageing and well being: lessons from Japan's long-term care insurance policy", *The lancet*, 378(9797), s. 1183-1192.
- Tanaka, S., (2016), "A proposal for redesainng social security: long-term care pension", *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 1(41), s. 98-117.
- Toprak, D., Şataf, C. (2009), "Türkiye'de Yerel Yönetimlerin Reformu Çerçevesinde Sosyal Belediyecilik Yaklaşımı", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 1(1) s. 11-24.
- Triantafillou, N. R. (2010), Informal care in the long term care system european overview paper.
- Trukesschitz, B., Schneider, U. (2012), Long-Term Care Financing in Austria. J. C.-F. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe*, London: Palgrave macmillan, s. 187-213.
- TÜİK, (2020), *Haber Bülteni: İstatistiklerle Yaşlılar 2020*, Sayı: 37227.
- TÜİK, (2020a), *Haber Bülteni: İstatistiklerle Aile 2020*, Sayı: 37251.
- TÜİK, (2021), *Haber Bülteni: Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2020*, Sayı: 37192.
- TÜİK, (2021a), *Haber Bülteni: Dünya Nüfus Günü 2021*, Sayı: 37250.
- TÜİK, (2021b), *Haber Bülteni: Sosyal Koruma İstatistikleri 2020*, Sayı: 37193.
- TÜİK, (2022), *Haber Bülteni: İstatistiklerle Aile 2021*, Sayı: 45632.

- TÜİK, (2022a), *Haber Bülteni: Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2021*, Sayı: 45813.
- Türkoğlu, İ. (2013), "Sosyal Devlet Bağlamında Türkiye'de Sosyal Yardım ve Sosyal Güvenlik", *Akademik İncelemeler Dergisi*, 8(3), s. 275-305.
- TÜSEV, (2011), *Türkiye'de Sivil Toplum: Bir Dönüm Noktası*, İstanbul: TÜSEV Yayınları.
- Vakıflar Genel Müdürlüğü, (tarih yok), *Vakıflar Genel Müdürlüğü*. <https://www.vgm.gov.tr/vakiforgulama/vakiforgulama?Page=1&FoundationCategoryId=5> Erişim Tarihi 23/02/2022.
- Van Ginneken, E., Kroneman, M., (2015), "Long-Term Care Reform in the Netherlands: Too Large to Handle", *Eurohealth Systems and Policies*, 21(3), s. 47-50.
- Van Groenou, D. B. (2016), "Providing informal care in a changing society", *European Journal of Ageing*, 13(3), s. 271-279.
- Vitman- Schorr, A., Khalaila, R., (2022), "Utilization of ADCCs and quality of life among older adults: ethno-regional disparities in Israel", *BMC Geriatrics*, 22(1), s. 1-12.
- YakınlarınYardımlı,(2020),https://www.muenchen.info/soz/pdf/LHM_Pflege_angehoeriger_tuerkisch.pdf Erişim Tarihi 20/04/2022.
- Weber, S., (2018), Long-Term Care Benefits and Services in Sweden. U. B.-J. Reinhard içinde, *Long-Term Care in Europe*, Springer, s. 495-530.
- WHO, (2019), *DENMARK Country case study on the integrated delivery of long-term care*, Copenhagen.
- WHO, (2021a), *Global Expenditure On Health: Public Spending On the Rise*, WHO.
- World Health Organization, (2021), *Turkey Country case study on the integrated delivery of long-term care*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349928/WHO-EURO-2021-4212-43971-61980-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wouterse, B., Smid, B., (2017), "How to finance the rising costs of long-term care: Four alternatives for the Netherlands", *Fiscal Studies*, 38(3), s. 369-391.
- Yamada, M., Hagihara, A., Nobutomo, K., (2009), "Family caregivers and care manager support under long- term care insurance in rural Japan", *Psychology Health & Medicine*, 14(1), s. 73-85.
- Zengin, E., Şahin, A., Özcan, S. (2012), "Türkiye'de Sosyal Yardım Uygulamaları", *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), s. 133-142.

Zıplar, Ü. T. (2015), "Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Hizmetleri", *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), s. 173-194.

Zuchandke, A., S. R., (2012), Financing Long-Term Care in Germany, J. C. Courbage içinde, *Financing Long-Term Care in Europe Institutions, Markets and Models*, London: Palgrave Macmillan, 2012, s.214-235.



EK

Ek 1: Mülakat Soruları

Bu mülakatın amacı sosyal güvenlik profesyonellerinin bakım sigortası hakkındaki görüşlerini tespit etmeye çalışmaktır. Türkiye nüfusunun hızla yaşlanması, aile yapısındaki dönüşüm ve sağlık harcamalarında artan maliyetler ülkemizde de gelişmiş ülkelerde olduğu gibi müstakil bir bakım sigortası ihtiyacı tartışmalarını beraberinde getirmiştir. Sekizinci bir sigorta kolu olarak bakım sigortasının kurulmasına ilişkin sosyal güvenlik profesyonellerinin görüşleri büyük önem taşımaktadır. Mülakat sonuçları yüksek lisans tezinde isim verilmeden kullanılacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Cihan Selek Öz (SAÜ SBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri öğretim üyesi)

Sinan Balta (SAÜ SBE Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset YL öğrencisi)

1. Almanya’da bakım sigortası uygulaması doğuştan bir risk olarak kabul edilip tüm nüfusu kapsamakta, Japonya’da ise bakım sigortası uygulaması 40 yaş ve üzerini kapsamaktadır. Sizce ülkemizde bakım sigortasının kapsamı yaş sınırı açısından nasıl olmalıdır?
2. Prim ödeme esasına dayalı bakım sigortası işverenin maliyetlerini artırır mı? Görüşleriniz nelerdir?
3. Sizce, işverenin işgücü maliyetlerini azaltmaya yönelik olarak neler yapılabilir?
4. Sizce, devletin yeni bir sigorta kolu olarak bakım sigortasını yönetebilme kapasitesi yeterli düzeyde mi?
5. Bakım sigortası modeli uygulamada primli rejim, primsiz rejim ve karma bir model olarak uygulanabilmektedir. Sizce ülkemiz için uygun bakım sigortası modeli nedir? Nasıl olmalıdır?

6. Bakım sigortasının finansmanına işçi, işveren ve devletin yanı sıra gönüllü kuruluşlar veya özel sigorta şirketleri gibi aktörler dahil edilmeli midir? Tarafların maliyet yükünü nasıl etkiler? Görüşleriniz nelerdir?
7. Prim ödeme gücü olmayan bireylerin bakım sigortası uygulamasından yararlanabilme durumu nasıl olmalıdır? Görüşleriniz nelerdir?
8. Bakım sigortası çerçevesinde bakım parası, profesyonel düzeyde bakıcı personelden bakım hizmeti alınması, aile bireylerine destek olunması şeklinde uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Sizce ülkemizde bakım sigortası kapsamında hizmet sunumu ve uygulamaları nasıl gerçekleştirilmelidir?
9. Ülkemizde primli rejim sistemi SGK tarafından primsiz rejim uygulamaları ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Yerel Yönetimler ve STK'lar tarafından yerine getirilmektedir. Sizce ülkemizde bakım sigortası uygulamasının organizasyonu, denetimi ve hizmet sunumunda tarafların sorumlulukları nasıl şekillenmelidir?
10. Sizce bakım sigortasından yararlanma koşullarında nasıl kriterler belirlenmelidir?
11. Sizce ülkemizde bakım sigortası ne zaman kurulmalıdır? Acil mi, bekleyebilir mi?
12. Uygulamada emekli aylıklarından da prim kesilmektedir? Düşünceleriniz nelerdir?
13. Eklemek istediğiniz düşünceleriniz var mı?

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Sinan BALTA	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Sakarya Üniversitesi
Fakülte	Siyasal Bilgiler Fakültesi
Bölümü	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Makale ve Bildiriler	
1. Selek Öz. C. Ve Balta. S. (2020), Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Güncel Sosyal Politikaların Analizi, Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(1), s.69-94.	
2. Öz, C. Ve Balta. S. Türkiye’de Sosyal Dışlanma Algısı: Saü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğrencileri Üzerine Bir Alan Araştırması, Seçme Yazılar – 4	
3. Balta, Sinan – Sağlık Göstergeleri, Sakarya’nın Sosyo- Ekonomik Analizi (Ed. M. Çağlar Özdemir), Sakarya Yayıncılık	