

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ \* SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

**TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TÜRKİYE VE ALMANYA'NIN KARŞILAŞTIRMALI  
BAKIM HİZMETLERİ VE FİNANSMANI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ömer Faruk AKTAŞ**

**ARALIK- 2024**

**TRABZON**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ \* SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

**TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TÜRKİYE VE ALMANYA'NIN KARŞILAŞTIRMALI  
BAKIM HİZMETLERİ VE FİNANSMANI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ömer Faruk AKTAŞ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet SOYTÜRK**

**ARALIK- 2024**

**TRABZON**

## ONAY

Ömer Faruk AKTAŞ tarafından hazırlanan “Türkiye ve Almanya'nın Karşılaştırmalı Bakım Hizmetleri ve Finansmanı” adlı bu Çalışma 10.12.2024 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı'nda **yüksek lisans tezi** olarak kabul edilmiştir.

| Jüri Üyesi                     |        | Karar                    |                          | İmza |
|--------------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|------|
| Unvanı- Adı ve Soyadı          | Görevi | Kabul                    | Ret                      |      |
| Doç. Dr. Mehmet SOYTÜRK        | Başkan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Kurtuluş Yılmaz GENÇ | Üye    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| Doç. Dr. Mustafa ŞEN           | Üye    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım.

Prof. Dr. Haydar AKYAZI  
Enstitü Müdürü

## **BİLDİRİM**

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca KTÜ-Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanan bu Çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını aksinin ortaya çıkması durumunda her tür yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ediyorum.

Ömer Faruk AKTAŞ

10.12.2024

## ÖNSÖZ

Bu çalışma Türkiye ve Almanya'nın bakım hizmetlerini karşılaştırarak, bakım sigortası kanunu ile birlikte bu konuda çağ atlayan Almanya'nın sisteminden hareketle Türkiye'de bakım hizmetlerine yönelik ne tür önerilerin verilebileceğini ve hizmet yönünde hangi ülkenin daha iyi şartlarda olduğunu belirlemek amaçlamaktadır.

Lisans eğitimimden bu yana bana ağabey şevkiyle yaklaşan ve istediğim hususta çalışmamı destekleyen tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet SOYTÜRK'e tez süresince bilgileriyle beni ışıklandıran kıymetli büyüğüm İl Sağlık Uzmanı Sultan AŞIK'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Hayatımın her alanında beni destekleyen Enes ALİOĞLU'na ve Zeynep SAVAŞKAN'a, kıymetli kardeşim Kerim Koray AKTAŞ'a ve Zeynep KAYA'ya, sevgili annem Ayşegül AKTAŞ ile babam Sadık AKTAŞ'a şükranlarımı sunarım.

Aralık 2024

Ömer Faruk AKTAŞ

## İÇİNDEKİLER

|                           |      |
|---------------------------|------|
| ÖNSÖZ.....                | IV   |
| İÇİNDEKİLER .....         | V    |
| ÖZET.....                 | VIII |
| ABSTRACT .....            | X    |
| KISALTMALAR LİSTESİ ..... | XII  |
| GİRİŞ .....               | 1-3  |

## BİRİNCİ BÖLÜM

|                                                                              |      |
|------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ.....                                                | 4-24 |
| 1.1. Genel Anlamda Evde Bakım Hizmetleri.....                                | 4    |
| 1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı .....                                  | 5    |
| 1.3. Tarihsel Serüvende Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi .....              | 5    |
| 1.4. Evde Bakım Hizmetleri Çeşitleri .....                                   | 6    |
| 1.4.1. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu .....                                      | 6    |
| 1.4.2. Yaşlılar ve Özürlülerin Evde Bakımı.....                              | 6    |
| 1.4.3. Hastanede Refakatçi Hizmetleri.....                                   | 7    |
| 1.5. Evde Bakım Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar ve Hizmet Sunuş Şekilleri..... | 7    |
| 1.5.1. Evde Sağlık Bakım Büroları .....                                      | 7    |
| 1.5.2. Darülacezeler .....                                                   | 7    |
| 1.5.3. Evde Sağlık Bakımına Yardım Büroları .....                            | 8    |
| 1.5.4. Personel Sağlama ve Özel Görev Büroları .....                         | 8    |
| 1.6. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamındaki Hastalar .....                       | 8    |
| 1.7. Ev Bakım Hizmetlerinin Avantajları .....                                | 9    |
| 1.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Tarafları .....                        | 10   |
| 1.9. Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar .....                    | 11   |
| 1.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Verimliliği İçin Yapılması Gerekenler.....    | 12   |
| 1.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Kaynağı.....                        | 14   |
| 1.12. Evde Bakım Hizmetlerini Ortaya Çıkaran Nedenler.....                   | 16   |
| 1.12.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfus Oranının Artması.....              | 17   |
| 1.12.2. Aile Yapısının Değişmesi .....                                       | 18   |

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.12.3. Sağlık Alanında Teknolojinin Gelişmesi .....                                  | 19 |
| 1.12.4. Sağlık Sektöründe Artan Harcamalar .....                                      | 20 |
| 1.12.5. Engelli Nüfus Oranının Artması .....                                          | 20 |
| 1.13. Evde Bakım Hizmetini Sunan Bakıcılar ve Roller .....                            | 21 |
| 1.14. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Karşılaştıkları Sorunlar ..... | 22 |
| 1.15. Evde Bakım Hizmetlerinde Rol Alan Meslek Grupları .....                         | 23 |

## İKİNCİ BÖLÜM

|                                                                                                                                                          |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>2. TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİ ve YAŞLI NÜFUS.....</b>                                                                                                | <b>25-51</b> |
| 2.1. Türkiye’de Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi .....                                                                                                      | 26           |
| 2.2. Türkiye’de Bakım Hizmetlerinin Hukuki Yanı .....                                                                                                    | 28           |
| 2.2.1. İdarenin Evde Bakım Hizmetlerinde Hukuki Yanı .....                                                                                               | 29           |
| 2.2.2. Umumi Hıfzıssıhha Kanun’unun Bakıma Yönelik Hukuki Yanı .....                                                                                     | 30           |
| 2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Bakımından Evde Bakım Hizmetleri .....                                                     | 31           |
| 2.2.4. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu Bakımından Evde Bakım Hizmetleri .....                                                           | 32           |
| 2.2.5. Özürlüler Kanunu Bakımından Evde Bakım Hizmetleri .....                                                                                           | 32           |
| 2.2.6. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirtilmesine İlişkin Yönetmelik Kapsamında Evde Bakım Hizmetleri .....           | 33           |
| 2.2.7. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Bakımından Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri ..... | 33           |
| 2.2.8. Yerel Yönetimlerin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna Yönelik Yasal Düzenlemeleri.....                                                                | 35           |
| 2.2.9. Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Yasal Çerçevesi .....                                                                               | 36           |
| 2.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinim.....                                                                                             | 37           |
| 2.4. Türkiye’de Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve Değerlendirme .....                                                                         | 38           |
| 2.5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Ölçütleri .....                                                                                     | 39           |
| 2.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Sunumu.....                                                                                          | 41           |
| 2.6.1. Aile Hekimliği Bünyesinde Sunulan Evde Bakım Hizmetleri.....                                                                                      | 42           |
| 2.6.2. Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı İznine Bağlı Özel Bakım Kuruluşları Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri.....                               | 43           |
| 2.6.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri .....                                                                  | 44           |
| 2.6.4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri .....                                                               | 44           |
| 2.6.5. Engellilere Sunulan Hizmetler .....                                                                                                               | 47           |
| 2.6.6. Belediyeler Tarafından Yürütülen Bakım Hizmetleri.....                                                                                            | 49           |

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| 2.7. Türkiye’de Bakım Hizmetlerine Yönelik Bakım Güvencesi ..... | 49 |
|------------------------------------------------------------------|----|

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

|                                                                         |              |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>3. ALMANYA’DA BAKIM HİZMETLERİ.....</b>                              | <b>52-58</b> |
| 3.1. Almanya’da Bakım Hizmetlerinin Sunumu.....                         | 53           |
| 3.2. Almanya’da Bakım Hizmetlerinin Kapsamı .....                       | 54           |
| 3.3. Almanya’da Bakım Hizmetlerinin Yasal Çerçevesi .....               | 54           |
| 3.4. Almanya’da Bakım Süreleri.....                                     | 55           |
| 3.5. Almanya’da Bakım Yapan Kişinin Sosyal Güvenliği.....               | 55           |
| 3.6. Almanya’da Kısa Süreli Çalışma Engeli ve Bakıma Destek Parası..... | 56           |
| 3.7. Almanya’da Bakıma Muhtaçlığın Tespiti ve Derecelendirilmesi .....  | 57           |
| 3.8. Almanya’da Bakım Türleri ve Yardımları .....                       | 57           |

### DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

|                                                                                      |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>4. TÜRKİYE VE ALMANYA’NIN BAKIM HİZMETLERİNİN<br/>KARŞILAŞTIRMASI.....</b>        | <b>59-69</b> |
| 4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Ortaya Çıkışı ve Nedenleri Yönünden Karşılaştırma..... | 59           |
| 4.2. Bakıma Muhtaçlık Kavramının Yasal Çerçevesi Yönünden Karşılaştırma .....        | 60           |
| 4.3. Kapsam Yönünden Karşılaştırma .....                                             | 61           |
| 4.4. Amaç Yönünden Karşılaştırma .....                                               | 61           |
| 4.5. Sağlanan Yardımlar ve Yararlanma Koşulları Yönünden Karşılaştırma .....         | 62           |
| 4.6. Finansman Yönünden Karşılaştırma .....                                          | 67           |
| 4.7. Denetim Yönünden Karşılaştırma.....                                             | 68           |
| 4.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuzlukları Yönünden Karşılaştırma.....             | 68           |
| 4.9. Bakım Yapan Bireyin Sosyal Güvenliği Açısından Karşılaştırma .....              | 69           |
| <b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>                                                        | <b>70</b>    |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>                                                                | <b>73</b>    |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>                                                                 | <b>80</b>    |



## ÖZET

Bakım hizmetleri tarihin ilk yıllarından itibaren var olan bir kavramdır. Özellikle toplumlarda yaşayan yaşlı bireylerin ve çocukların olması bakım hizmetinin tarihin ilk sayfalarından bu yana gündemde olmasını sağlamıştır. Bakıma muhtaç bireylere sunulan bakım ilk olarak aileleri ve özellikle de evde yaşayan kadınlar tarafından sunulmuştur. Sanayileşmeyle birlikte kadının çalışma hayatına girmesi, bakım gören bireylerin hizmet görmesinde problemlerin oluşmasını sağlamıştır. Bunun yanı sıra göç hareketleriyle birlikte geniş aile yapısının kırılması özellikle yaşlı bireylerin yalnız kalmasına neden olarak bu konuda kendi güçleriyle mücadele etmelerine sebep olmuştur. İlerleyen yıllarda ortaya çıkan sosyal devlet olgusu, bakıma muhtaçlık kavramıyla birlikte bireylerin bakımına önem veren kurum ve kuruluşların oluşturarak, yaşlı bireylerin çözümlerinin yanında onlara yardımcı olmaya çalışan ve hizmet sunan bireylerin olmasını sağlamıştır. Sosyal politikanın önem verdiği konulardan biri olan bakım hizmetleri ülkelerde yapılan yaklaşımlarla geliştirilmeye çalışılmıştır. Bireylerin daha çok kurum bakımı yerine yaşadığı yerde bakım görmek istemesi, evde bakımın diğer hizmet türlerine göre daha çok önem verilmesi ve üstünde durulmasına neden olmuştur.

Türkiye’de yaşlıların öneminin büyük olması, Orta Asya Türk devletlerinin kurulmasından bu yana bakım hizmetlerine önem verilen bir ülke olunmasını sağlamıştır. Ancak ekonomik krizlerin yaşanması, kentleşmenin artması, yaşlıların eskiye nazaran saygınlığını yitirmesi Türkiye’de de yaşlıların yalnız kalarak bakıma muhtaç hale gelmelerine sebep olmuştur. Türkiye kamu ve özel bazlı açılan yaşlı hizmet merkezleri darülacezeler ve huzurevi gibi kurumlar bakıma muhtaç bireylere hizmet vermektedirler. Bunun yanı sıra bireylere yaşlı aylığı, engelli aylığı ve bakım parası adı altında yardımlar yapılmaktadır. Ancak yaşlı nüfusun giderek artması ve hastane bakımının maliyetinin fazla olması evde bakıma öncelik verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Almanya bakım hizmetlerinde ilerlemiş ülkelerden birisidir. Özellikle bakım sigortasını kurarak tüm toplumu kapsam altına alması diğer ülkelere örnek olmasını sağlamıştır. Almanya’da, kentleşme, aile yapısının değişmesi vb. nedenlerle bireyler bakıma muhtaç hale gelmiştir. Özellikle Avrupa bölgesinde yaşlı nüfus oranının en fazla olduğu Almanya’da bakıma yönelik hizmetler çoğaltılmıştır. Yaşlı rezidansları, rehabilitasyon merkezleri ve bakım evi gibi kurumlarda bakıma muhtaç bireylere hizmet sunulmaktadır. Bakım düzeylerine ayrılan bireylere parasal yardımlar da yapılmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucu Almanya’daki bakım hizmetlerinin kapsamının,

bireylere devlet bazlı sağlanan kolaylıkların ve parasal yardımların daha geniş çapta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bundan hareketle Türkiye’de bakım hizmetlerine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, Yaşlılık, Bakıma Muhtaçlık



## **ABSTRACT**

Care services have been a concept since the early years of history. Especially the presence of elderly individuals and children living in societies has ensured that care services have been on the agenda since the early pages of history. The care provided to individuals in need of care was first provided by their families and especially by women living at home. The entry of women into working life with industrialization has caused problems in the provision of services for individuals receiving care. In addition, the breakdown of the extended family structure with migration movements has caused elderly individuals to be left alone and to struggle with their own strengths in this regard. The social state phenomenon that emerged in the following years, together with the concept of need for care, has ensured that institutions and organizations that care for individuals have been established, and that in addition to solutions for elderly individuals, there are individuals who try to help them and provide services. Care services, which are one of the issues that social policy attaches importance to, have been tried to be developed with approaches taken in countries. The fact that individuals want to receive care where they live rather than institutional care has caused home care to be given more importance and emphasis compared to other types of services. The great importance of the elderly in Turkey has made it a country that has given importance to care services since the first Turks. However, the economic crises, increasing urbanization, and the loss of respect for the elderly compared to the past have caused the elderly to be left alone and need care in Turkey. Institutions such as public and private elderly service centers, hospices and nursing homes provide services to individuals in need of care in Turkey. In addition, individuals are provided with assistance under the names of old age pension, disability pension and care allowance. However, the increasing elderly population and the high cost of hospital care indicate that home care should be prioritized.

Germany is one of the countries that have advanced in care services. In particular, by establishing care insurance and covering the entire society, it has set an example for other countries. In Germany, individuals have become in need of care due to reasons such as urbanization, changes in family structure, etc. Care services have increased especially in Germany, where the elderly population rate is the highest in the European region. Services are provided to individuals in need of care in institutions such as elderly residences, rehabilitation centers and nursing homes. Monetary assistance is also provided to individuals who are separated into care levels. In this study, the concept, history, types, positive and negative aspects, financing, what needs to be done for the efficiency of home care services that emerged with the increase in the elderly population, the personnel working in this service, the reasons for its emergence, the problems experienced by family members in this regard and the roles of caregivers providing this service are explained in line with the current situation

in Turkey and Germany. Suggestions are given for the creation of a new model by comparing with the services in Turkey. As a result of the research, it has been concluded that the scope of care services, state-based facilities and financial aid provided to individuals in Germany are wider. Based on this, suggestions have been made for care services in Turkey.

**Keywords:** Home care, Old Age, Need for Care



## KISALTMALAR LİSTESİ

|         |                                                                              |
|---------|------------------------------------------------------------------------------|
| ABD     | : Amerika Birleşik Devletleri                                                |
| AHB     | : Aile Hekimliği Bilgi Sistemi                                               |
| BAĞ-KUR | : Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu |
| OECD    | : Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü                                      |
| SEAB    | : Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi                                            |
| SGK     | : Sosyal Güvenlik Kurumu                                                     |
| YADEM   | : Yaşlı Destek Merkezi                                                       |
| TSM     | : Toplum Sağlığı Merkezi                                                     |
| TÜİK    | : Türkiye İstatistik Kurumu                                                  |

## GİRİŞ

Türkiye ile Almanya'nın bakım hizmetlerinin detaylı olarak karşılaştırıldığı, nitel araştırma yöntemi belirlenerek makale, dergi, tez vb. kaynaklardan yararlanılan bu çalışmada Almanya ve Türkiye'deki bakım hizmetleri konusunda hangi ülkenin kapsamının daha geniş olduğu, bakım yükünü çeken aile bireylerine sağlanan devlet bazlı kolaylıklar, finansmanın karşılanma şekli, bakım yönünde verilen hizmetler ve sorumlu olan organlar konusunda hangi ülkenin daha iyi olduğu ve daha iyi olan ülkeden yola çıkarak diğer ülkeye ne tür öneriler verilebileceği amaçlanmıştır. Türkiye'nin diğer Avrupa ya da diğer kıtalardaki ülkeler içinde Almanya ile kıyaslamamızın nedeni, Bakım Sigortasını hayata geçirerek bu yönde öncü olmuş bir ülke olmasından dolayıdır.

Bunlardan hareketle ilk bölümde; genel çerçevede evde bakım hizmetlerini, kapsamını tarihçesini, çeşitlerini, olumlu ve olumsuz yönleri ifade edilerek kavramsal boyutta sunulmuştur. Daha sonra evde bakım hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar, bu hizmetin verimliliği için yapılması gerekenler, maliyet kaynakları ve bakım hizmetlerini ortaya çıkaran nedenler anlatılarak bakım hizmetlerinin içeriği detaylı bir şekilde sunulmuştur. İkinci bölümde; Türkiye'de yaşlı nüfus ve bakım hizmetleri, tarihçesi, yönetmelikler yönergeler ve farklı bakanlıklar ile yerel yönetim düzeylerinde yasal kapsamı anlatılarak kanuni boyutta engelli, yaşlı ve diğer dezavantajlı gruplardaki bireyler için sunulacak hizmetlerin organizasyonu, başvuru ve değerlendirmesi ve yararlanma ölçütleri ile ne tür yardımların yapıldığı detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Üçüncü bölümde örnek ülke olarak seçilen Almanya'nın da evde bakım ve genel anlamda bakım hizmetleri yönünde kapsamı, hukuki yönleri, yapılan yardımlar, ayrıca bakım yapan kişinin sosyal güvenliği ve bakım süreleri ifade edilerek kapsamlı bir şekilde sunulmuştur. Almanya'da bakım sigortasının olması ve bu yönde gelişimin yüksek düzeylerde olması farklı başlıklar altında anlatılmasına neden olmuştur. Dördüncü ve son bölümde iki ülkenin bakım hizmetleri detaylıca karşılaştırılarak yukarıda ifade ettiğimiz amaca ulaşılmaya çalışılmıştır.

Sosyal politika alanlarından biri olarak ifade edilen bakım hizmetleri, sosyal devletin bireylere sunmuş olduğu bir hizmettir (Ağcasulu,2021: 169). Bu bağlamda sosyal politikayı yaşlılık, hastalık ve bakıma muhtaç kalma gibi durumlarda vatandaşları desteklemeye yönelik önlemler dizisi olarak ifade edebiliriz (Buğra ve Keyder, 2011'den aktaran: Ağcasulu, 2021: 168). Sağlık sektörünün gelişmesi, yaşam tarzlarında kat edilen ilerlemeler ve yaşam tarzlarında meydana gelen farklılık hareketleri bireylerin daha uzun süre yaşamasına olanak sağlamıştır. Dünya'da faaliyet gösteren bireylerin daha uzun süre hayatta kalması ülke nüfuslarının yaşlılık oranlarının artması sonucunu doğurmuştur. Artan yaşlı nüfus oranıyla birlikte, günlük yaşamda temel ihtiyaçlardan olan yemek

yeme, temizlik gibi durumları gidermede zorluk yaşayan birey sayısı artmaya başlamıştır (Kaygısız, 2010: 1). Yaşanan bu artışla birlikte bakıma olan ihtiyacın artması, bireylere sunulan bakım hizmetlerinde farklı yaklaşımların oluşmasını sağlamıştır. Evde bakım da artan bu ihtiyaçlara karşı oluşturulan ve üzerinde çalışmalar yapılan yaklaşımlardan birisidir. Günümüzde çoğu ülkede bireylere yönelik hizmet veren bu yaklaşım üzerinde ülkeler arasında bir uyuma sağlanamamıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2021: 56).

Evde bakım hizmetleri; bireyin günlük ihtiyaçlarının giderilmesi, fiziksel bağımsızlıklarının kazandırılması, etkinliklerini yaparken karşılaştığı problemlere yardımcı olunması ve kendi kendine yetebilmesinin sağlanması hususunda birçok yöne hitap eden bir hizmet türüdür. Bu hizmetle birlikte yaşça büyük olan ve ihtiyaçları giderilmesi gereken bireylerin özgür bir şekilde hayat sürdürerek etkin bir yaşama sahip olmaları hedeflenmektedir (Bahar ve Parlar, 2007: 32). Bireylere yönelik sunulan evde bakım, tıbbi hizmetlerin yanı sıra zihinsel ve sosyal ihtiyaçlara da cevap vermektedir. Yaşlılardan engellilere kadar birçok gruba hizmet vermek üzere tasarlanmıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004: 110). Bakım hizmetlerinin bireye yaşadığı evde sunulması, bu hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara finans olarak sağladığı faydanın yanı sıra bireyin özgürlük seviyesinin yükseltilmesi ve iyiye seyreten sağlık durumunun korunması yönüyle avantajlar sağlamaktadır. Kurumda oluşacak olumsuzlukların engellenmesi, bireyin etrafındaki insanlar tarafından destek görmesi ve kısa sürede psikolojik olarak iyi düzeye gelmesi evde bakımın sağladığı diğer avantajlardandır (Elevli, 2012: 1-2).

Sanayileşme ve toplumların modern hale gelmesi köylerde yaşayan bireylerin büyük şehirlere göç etmesine neden olmuştur. Büyük şehirlerdeki yaşam tarzına uyum sağlayan bireylerin aile içerisinde yaşayan büyüklerle ilişki düzeyleri değişime uğramıştır. Aynı zamanda aile yapısının değişimine de sebep olan bu göç hareketleri yaşlı bireylerin yalnız kalmalarına neden olarak ihtiyaçlarını gidermede problem yaşamalarına sebebiyet vermiştir. Geçmiş dönemlerde aile bireyleriyle yaşayan yaşlılar, artık bu durumun devam etmesinin zor olduğunu düşünerek problemlerine kendilerince çözüm üretme arayışına girmişlerdir. Bireyler bu konuda çözüm arayışına girerken kamu ve özel sektörün yanı sıra devlette bu sorunun çözülmesi için çalışmalar yapmaktadır (Şenol ve Erdem, 2017: 33)

Yaşlı bireyin bakımıyla kendi ailesinin ilgilenmesi geleneksel yaklaşım için önceliklidir. Artan nüfus, göç hareketleri sonucu geniş aileye nazaran çekirdek aile yapısının güçlenmesi, kadınların çalışma hayatında yerini alması ve bireyler arası farklılaşmanın ortaya çıkması evde yapılan bakımın zor olmasına neden olmuştur. Bu durum bakım için farklı yaklaşımlar getirirse de yaşlı bireylerin bu durumu kabul etmeleri istenildiği gibi olmamıştır (Gönen ve Hablemitoğlu, 1994'ten aktaran: Şenol ve Erdem, 2017: 34). Türkiye yapısal özelliklerinden dolayı yaşlılık olgusunu günümüzde bir problem olarak görmesede, son yıllarda artış göstererek özellikle İstanbul ve Ankara gibi büyük şehirler de sorun haline gelmeye başlamıştır (Şenol ve Erdem, 2017: 33).

Türkiye’de 1993 yılıyla birlikte evde bakımla ilgili düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. 4 il de başlatılan bu düzenlemelerde başarı sağlanamamıştır (Danış, 2006’dan aktaran: Şenol ve Erdem 2017: 34). Türkiye’de evde bakım hizmetinin istenilen düzeyde olmaması, genel sağlık sigortasından alınamayan destek ve diğer kurumlarda maliyetin fazla oluşu, kamu ve özel olarak sunulacak evde bakım hizmetinin zor olmasına neden olmaktadır (Subaşı ve Öztekin 2006’dan aktaran: Şenol ve Erdem, 2017: 34). Türkiye’de 1961 anayasasıyla birlikte Düşkünler evi ve Huzurevi gibi kurumlar açılmıştır. Düşkünler evinin kapsamı değiştirilerek ilerleyen yıllarda Yaşlı Bakım Evi halini almıştır. Huzurevi, Müslüman olmayan bireylerin ihtiyaçlarıyla ilgilenmekte olup, 1980’li yıllar itibariyle devlet bu alana yönelik faaliyetlerini artırarak tüm toplumun ihtiyaçlarına yönelik bir kurum olmasını sağlamıştır. 1990’lı yıllarda özel kurumlarda bu alana girerek hizmetin daha geniş çaplı olmasını sağlamıştır (Şenol ve Erdem, 2017: 35).

Bunun yanı sıra yaşlı bireyleri ruhsal, bedenen ve bakım yönünde desteklemek için oluşturulan dayanışma, bakım ve iyileştirme merkezleri yaşlılara yönelik çalışmalar yaparak bu bireylerin hayat şartlarını iyileştirmeye çalışmaktadırlar. Kızılay, BAĞ-KUR ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu da bu alana yönelik çalışmalar yapan diğer önemli kurumlardandır (Gürer vd., 2019: 5). Avrupa Birliği ülkelerinde de yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin sayısında artış gözlenmiştir. Bu konuya yönelik çalışmalar yapmayan ülkelerin bakım hizmetleri konusunda düzenlemeler yapmaları zorunlu hale gelmiştir. Avrupa ülkeleri bakım hizmetini bireylere yaşadıkları ortamdan koparmayarak evde sunmaktadırlar. Ayrıca evde bakımın maliyetinin düşük olması, hastane yerine evde bakımın sunulmasını sağlamıştır. İsveç’in çağdaş bir bakım sistemi bulunmaktadır. Bakım hizmetlerinin finansmanı bölgesel, ulusal ve yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır. Burada bulunan belediyeler, kişilerin uygun bir konutta yaşatılarak bakım hizmetlerini sağlamak için ulusal bazda teşvik edilmektedirler. Hollanda’da bakım hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen şirketler, sivil toplum kuruluşları ve bireyler tarafından sunulmaktadır. Palyatif bakımdan ücret alınmamaktadır. Finansman ise fonlar ve özel sigorta poliçelerinden sağlanmaktadır. Kişisel bakım yanında sosyal bakım hizmetleride bireylere sunulmaktadır. Aynı zamanda eğitim kurumları açılarak uzmanlaşmış kadrolar yetiştirilmektedir (Gürer, 2021: 22-23)



## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Bireylere yaşadıkları hanede sunulan bakım hizmetleri; engelli ya da yaşça büyük olan, devam eden rahatsızlığı bulunan veya cerrahi işlem sonrası uygulanan bakım sürecinde olan bireyleri yaşadıkları yer ya da oldukları çevrede himaye ederek toplumla iç içe olmalarını hedefleyen birey ve aile üyelerine verilen ruhsal, bedensel, hekimsel ve sosyal katkı uygulamalarını içerisinde barındıran bir bakım sistemidir. Tıbbi, ekonomik ve sosyal alanlarda profesyonel bireyler tarafından sunulur. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'nde; tıbbi hizmet, doktor tavsiyesiyle beraber uzman gruplar aracılığıyla hastalara, yaşadıkları yer ya da çevrede iyileştirme hizmetleri, bedensel tedavi ve ruhsal destekle birlikte, bireyin tıbbi ihtiyaçlarını gidermek için sunulan uygulamalar olarak ifade edilmiştir (Gürer, 2021: 20).

Evde sağlık bakımı, bakıma muhtaç kişi ve ailesine tıbbi, sosyal vb. hizmetlerin çok yönlü olarak ev ortamında sağlanmasıdır. Bu hizmette profesyonel olarak çalışan hemşire, uzman ya da bunların bağlı bulunduğu kurumları tarafından sağlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri kapsamında; bireylere ihtiyacı olan ilaçların ve tıbbi malzemelerin ulaştırılması, hemşirelik ve fizyoterapi gibi hizmetlerin sunulması ayrıca psikolojik destek verilmesi sağlanır. Evde sağlık hizmetlerinin sunulmasıyla, bireylerin bozulan sağlık durumlarının düzelmesi ve hastaneye yatışlarının azaltılması amaçlanmaktadır. Evde sağlık hizmetini sunan ekibin etkili bir eşgüdümüne sahip olması, hastane sonrası hasta ve ailesinin gereksinimlerinin değerlendirilmesi, evde sağlık hizmetleri sunumunun başarılı olmasını sağlar (Altuntaş vd. 2010:155).

Hastane destekli evde sağlık bakım hizmeti ise hastanelerin bu görevi yapan evde bakım birimleri tarafından yardıma ihtiyaç duyan bakıma muhtaç kişilerin kendi evlerinde tedavi, sosyal vb. ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Bu hizmetlerde hastanelerde çalışan profesyonel hemşireler, uzmanlar ve birim elemanları tarafından sunulmaktadır (Boyoğlu, 1998: 6).

#### 1.1. Genel Anlamda Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetlerini genel anlamda tasvir etmek için evde bakım hizmetleri kavramını gelişen dünyada ortaya çıkarmış olduğu yeni kavramlarla ifade etmek büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu kavramların açıklanması birbirleri arasındaki farklılık ve benzerlikleri ortaya koyarak genel anlamda tasviri kolaylaştıracaktır. Ayrıca bireylere yaşadıkları hanede sunulan bu hizmetler,

yalnızca tedavi edici hizmetleri sunmamakta, bunun yanı sıra toplumsal ve manevi hizmetlerle de bütünleşmiş bir kavram olduğundan her yönüyle açıklanması tasvir anlamında kolaylık sağlayacaktır.

## **1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı**

Günümüzde yeni olan bu bakım modeli konusunda, milletlerarası alanda görüş birliğine varılmış hizmet cetveli mevcut değildir. Bundan dolayı bütün devletler bizzat sağlayabileceği, ayrıca kendine özgün olan kültür yapısına uygun ve halk tarafından kabul edilebilecek bir hizmet listesi oluşturmuştur. Bu konuda karar alıcı grupların dikkatli olması ve bunun toplum tarafından anlaşılabilir olmasını sağlamaları gerekmektedir. Çünkü hizmet sunulacak grupların alacağı hizmeti anlaması ve bunu onaylaması, hizmet verici grupların işini büyük ölçüde kolaylaştıracaktır. Ayrıca hizmet alacak gruplar ihtiyaçlarının karşılanmasında ekonomik ve ulaşım gibi konuları göz önünde bulunduracağından hizmeti en iyi şekilde anlamaları her iki grubun da faydasına olacaktır (Çoban ve Esatoğlu, 2004: 114)

Evde bakım hizmetlerinin nitelikleri farklı kişiler tarafından yapılmaktadır. Bu kişilerin içerisinde doktor, ebe, hemşireler vb. farklı hizmet grupları bulunmaktadır. Ayrıca öğretmen, gelişim uzmanı gibi meslek gruplarının da bakım hizmetleri programlarında bulunması, kapsamın genişlemesi ve hizmeti veren kişilerin işlerinin kolaylaşmasını sağlayabilir. Bu organizasyon kapsamında hastaneye yatmayı gerektirmeyecek, fakat yatağa bağımlı ya da tek başına olduğundan ihtiyaçlarını karşılayamayan kişiler ve tedavi gerekmediği halde günlük ihtiyaçlarını karşılayamayan ve aile bireylerinden destek alamayan kişiler yer almaktadır. Fakat evde bakım hizmetlerinin sorunlarının ve çözümlerinin birbiri ardına gelmesi ve çok geniş kapsamlı olması, derince analiz edilen bir yaklaşım gerektirmektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2004: 115).

## **1.3. Tarihsel Serüvende Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi**

Bireylere yönelik oluşturulan bu hizmetlerin başlangıç serüveni hususunda çalışma yapan kişiler arasında bir fikir birliği yoktur. Evde bakım hizmetleri 1796 yılında ABD’de dini gereklilikler sebebiyle Boston Dispanseri kuruluşu tarafından yoksul kişilere yapılan ziyaretlerle başlamıştır. Ve böylece kuruluş dünyada bakım hizmetini sunan ilk kuruluş olarak tarihe geçmiştir. 1898’ de Los Angeles Sağlık Departmanı yoksul ve muhtaç olan hastaların ihtiyaçlarını görmek üzere bünyesinde bulunan diploma sahibi hemşireleri ücret karşılığında çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücret karşılığında yaptırmış olduğu bakım hizmetlerinin dünya tarihindeki serüveni başlamıştır. 1900’lü yıllar itibariyle endüstriyelleşmenin sebep olduğu hızlı göç hareketleriyle birlikte artan hastalıklar ve sağlıklı olmayan yaşam koşulları, hemşirelerin evlere olan ziyaretlerinin ana sebebini oluşturmuştur. Bu sebeplerle oluşan sağlık sorunları insanların çözüm amacıyla hemşirelere yönelmesine sebep olmuştur. 1920’li yıllara gelindiğinde evde bakım hizmetleri sağlık kuruluşları

tarafından desteklenmeye başlamıştır. 1924-1954 yılları arasında hastanede bakım alma insanlar tarafından arzulanan bir hale gelmiştir. Fakat toplumda yaşlı nüfus oranının ve hastalıkların artması hastanede bakım maliyetlerini artırarak, 1950'lili yıllarda daha az maliyetli olan evde bakımın rağbet görmesini sağlamıştır. 1982 senesinde Ulusal Evde Bakım Birliği oluşturulmuştur. ABD'de halen işlerliğini sürdüren birlik, bireylere yaşadığı hanede sunulacak olan hizmetlerin kalitesini yükseltmek, ayrıca bu konuda hizmet veren bireylerin haklarını korumak için çalışmalarına devam etmektedir. Grindel-Waggoner'e göre ise planlı olarak düzenlenmiş hemşire faaliyetleri ilk kez 1813 yılında Amerika Birleşik Devletlerin'de kurulan Bayanlar Yardımlaşma Derneği tarafından yapılmıştır. Buna göre; yoksul olan hasta bireylerin evlerine 1877 yılında New York'ta bulunan hemşireler ziyaretler gerçekleştirmiştir. 1929 yılında tüm dünyada yaşanan ekonomik buhran nedeniyle evde bakım kuruluşları, bu yönde ödenen paraların kesilmesi nedeniyle kapanmış ve hastanede bakım süreci başlamıştır. Ekonomik buhranın etkisinin giderek azalması ve hastanede bakım maliyetlerinin artması sonucu 1950'lili yıllara gelindiğinde, evde bakım hizmetleri tekrar popülerlik kazanmaya başlamıştır Avrupa ülkelerinde bakım hizmetleri genel olarak aile, gönüllü kuruluşlar ve kilise tarafından planlanarak bireylere sunulmuştur. 19. yüzyılda devletlerin sağlık alanındaki çalışmaları ve yatırımları artmış olsada, evde bakım hizmetine yönelik olarak planlı ve programlı yatırımları olmamıştır 20. yüzyılda hasta bireylere sunulan hizmetler daha çok hastane odaklı olmuştur. 1960 yılında bireylerin hastalıkları sebebiyle hastaneleri meşgul etmeleri, evde bakım hizmetlerine yönelik çalışmaların olmasını sağlamıştır. Aynı zamanda 1960 yılında tıp teknolojisinde yaşanan gelişmeler sonucu evde bakım hizmetleri gelişmeye başlamıştır (Selek Öz, 2010: 67-69).

#### **1.4. Evde Bakım Hizmetleri Çeşitleri**

##### **1.4.1. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu**

Bireylere yaşadıkları evde hekimsel hizmetlerin sunulmuş olduğu bu model, uzman olarak çalışan sağlık personeli tarafından kısa süreli takip şeklinde yapılmaktadır. Evde son dönem olarak geçen siroz ve kanser hastaları, bakıma muhtaç olan bireye yapılan doktor muayenesi ve takibi, bebek bakımı, ileri düzey olan hastalıkların takibi vb. durumlarda yapılan kontrollerden oluşmaktadır (Aydın, 2005: 21).

##### **1.4.2. Yaşlılar ve Özürlülerin Evde Bakımı**

Yaşlı ve engellilerin evde bakımı kişisel bakım, resmi işlerinin kontrol edilmesi, gezme ve alışveriş gibi ihtiyaçların karşılanmasını kapsar. Bu hizmet, eğitim almış ve gerekli sertifikalara sahip kişiler tarafından uzun süreli bakım şeklinde yapılmaktadır (Aydın, 2005: 22).

### **1.4.3. Hastanede Refakatçi Hizmetleri**

Hastanın hastane ortamına uyum sağlaması, ilaçlarının doktor tarafından verilen biçimde ve saatinde alınmasının sağlanması, moralinin üst düzeyde tutulması, hastane çalışanlarıyla iletişiminin üst düzeyde olması, taburcu ve refakatçi hizmetlerinin yapılması, ayrıca refakatçi olacak kişinin bulunmaması durumunda bu hizmetin bizzat hastane tarafından karşılanması gibi durumları kapsar (Aydın, 2005: 22).

### **1.5. Evde Bakım Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar ve Hizmet Sunuş Şekilleri**

Evde bakım organizasyonları genellikle sağlık bakım büroları, darülacezeler, evde bakıma yardım büroları, personel bulma ve özel görev büroları gibi kuruluşları kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri bu kuruluşlar tarafından haftanın yedi günü verilmektedir. Ayrıca hastanın durumuna göre aralıklı biçimde de sunulmaktadır (Boyoğlu, 1998; 11).

#### **1.5.1. Evde Sağlık Bakım Büroları**

Evde sağlık bakım büroları özel bir kuruluş olmasına karşın devlete de bağlı olabilir. Evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerin bakım ihtiyaçları genelde bu bürolar tarafından karşılanmaktadır. Büro öncelikle gerekli sayıda ekipman ve uzman personeli bünyesinde bulundurması gerekmektedir. Bazı bürolar hizmetleri hemşireler ve gönüllüler aracılığıyla bakıma muhtaç kişilere sunar. Diğer bürolar ise hemşire ve sınırlı sayıda uzmanlarla yaptığı hizmeti sabit tutar (Boyoğlu, 1998; 11)

#### **1.5.2. Darülacezeler**

Her ne kadar bakıma muhtaç kişilerin rahat olduğu yer evleri olsa da, bakım hizmetleri evde sağlanamayan kişilerin ihtiyaçlarını gidermek üzere darülacezeler oluşturulmuştur. Darülacezelerin çoğu parasal şartları sağlayamayacak kişilere ücretsiz hizmet vermektedir. Darülaceze, ihtiyaçlarını karşılayamayan ve karşılamakta zorlanan bireylerin ihtiyaçlarını görmek, korumak ve kollamak amacıyla kurulan bir hayır kurumudur. Sunduğu hizmetler, aceze bakım hizmetleri ve sağlık hizmetleri olarak ifade edilebilir. Aceze bakım hizmetleri, kurumdaki kişilerin yeme içme barınma vb. ihtiyaçlarını sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri ise kişilerin hasta olması durumunda yapılacak hizmetleri kapsamaktadır. Bu kurumlarda hizmet görenlerin kişisel ve fiziksel özelliklerinden kültür özelliklerine vb. birçok özelliklerinde farklılıklara sahip olmaları, kendilerine sunulacak olan sosyal bakım hizmetlerinin de farklı olmasını sağlamıştır. Kiminin morali yüksek tutulmaya çalışılırken, kiminin korkuları engellenmeye çalışılmakta, kiminin fiziki durumları iyileştirilmeye çalışılırken, kiminin de ruhi durumu iyileştirilmeye çalışılmaktadır (Karaköse, 2020: 147-148).

Sultan Abdülhamit, tahta ilk çıktığı dönemde 1877 ile 1878 yıllarında vuku bulan Osmanlı ve Rus çatışması sonrasında Balkanlardan İstanbul'a büyük bir göç olmuştur. Göç sonucu İstanbul'a gelen bireylerin büyük bölümünü dul, sakat ve yetimler oluşturmaktaydı. Göçle birlikte var olan İstanbul'un yaşam düzeni sekteye uğramış; şehir dul, sakat, yetim ve dilencilerin dolu olduğu bir yere dönüşmüştür. İstanbul'daki bu kesim huzursuzluk yaratmaya başlamıştır. Şurayı Devlet Tanzimat Dairesi'nin tutanaklarında çalışabilecek durumda olduğu halde dilenen bireylerin olduğu ve bunların toplumu rahatsız ettiği, ayrıca bazı suçlara karıştıkları ifade edilmiştir. Böyle bir durumda din ve mezhep ayrımı yapmaksızın muhtaç insanları korumak ve onların dilenci olmalarını engellemek amacıyla sosyal kurum olan darülacezelerin yapılması planlanmıştır. Temelleri 1892 yılında atılan bu sosyal kurumun açılış töreni 2 Şubat 1896 yılında yapılmıştır (Biol, 2017: 34-48).

Darülacezeler inşa edilirken Osmanlı Devleti'nin vatandaşlarından ve dünya ülkelerinden nakdi yardımlar tahsis edilmiştir. Darülacezelerin finansmanı merkezi daire, vilayetler ve kişi bazlı yapılan yardımlarla sağlanmıştır (Karateşer, 2020: 805).

#### **1.5.3. Evde Sağlık Bakımına Yardım Büroları**

Evde sağlık bakımına yardım bürolarından hizmet alan kişiler, bu bürolardan almış oldukları hizmetin ücretini öderler. Nadir olarak bazı sigorta şirketleri, bu ücretin bir kısmını veya tamamını öderler. Bu büroların kaynaklarında maddi anlamda herhangi bir problem olduğunda hayır fonlarından yardım alabilirler. Evde sağlık bakımına yardım büroları kişilerin temizlik, yeme, içme vb. ihtiyaçlarına yardımcı olurlar (Boyoğlu, 1998; 11).

#### **1.5.4. Personel Sağlama ve Özel Görev Büroları**

Personel sağlama ve özel görev bürolarının sunduğu hizmetlerin maddi karşılığını bireyin kendisi, sigorta kapsamında ise sigorta şirketi öder. Burada hizmet vermesi için gönderilen kişiler genelde hemşire ve sağlık personelinin oluşmaktadır. Kişisel bakım, hastalık durumunda yapılan ufak müdahaleler personelin sağladığı hizmetlerdendir (Boyoğlu, 1998; 11).

#### **1.6. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamındaki Hastalar**

Evde bakım hizmetlerinin ana hedefi, bu hizmeti alan bireylerin kimseye muhtaç olmadan yaşamlarını sürdürmeleri ve yaşamlarını sürdürürken hayat kalitelerinin yüksek düzeyde olmasının sağlanmasıdır. Bir diğer hedef ise bireylerin günlük hayatlarında aktivitelerini rahat bir şekilde yapmalarını sağlamaktır. Evde bakım hizmetleri, ameliyat olduktan sonra yaşadığı ortamda desteğe ihtiyacı olan bireylere, yeni doğum yapmış annelere, tedavisinin evinde devam edilmesine karar verilen bireylere ve aşılama vb. hizmetleri yaşadığı evde almak isteyen bireylere kadar geniş bir alanda sunulmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 98).

Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastalar çoğunluklarına göre aşağıda sırasıyla verilmiştir (Özer ve Şantaş, 2012: 98);

- Ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar
- Kemik iskelet ve ruhsal olarak rahatsızlığı olan bireyler
- Kalp, damar ve tansiyon yönünde rahatsızlığı olan bireyler
- Vücudunun herhangi bir yerinde işlev kaybı olan bireyler
- Kansere yakalanan bireyler
- Solunum yönünde zorlanan bireyler
- Sinir sistemi ile ilgili rahatsızlığı olanlar
- Bakım gereksinimi duyan yaşça büyük ve malul bireyler
- Pansuman, sonda takma ve çıkarma, stoma bakımı gibi hizmetlere ihtiyaç duyanlar
- İnfluenza, karaciğer iltihabı ve alt solunum yolu enfeksiyonu gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmak için aşı olmak isteyenler
- Kan ve salgı üzerinde yapılacak tahlillere gereksinim duyanlar
- Tekerlekli sandalye ve korse gibi iyileştirici ürünlere gereksinim duyanlar

#### **1.7. Ev Bakım Hizmetlerinin Avantajları**

Sağlık alanında teknolojinin gelişmesiyle birlikte siroz, kalp vb. hastalıklara yakalanan kişilerin evde bakım hizmeti alma şansı artmıştır. Evde bakım hizmetleri, bakıma muhtaç olan kişilere stres altına girmeden kendi ortamlarında bakım hizmetlerinin sunulması olanağını tanımıştır. Hastanın veya bakıma muhtaç bireyin kendi ev ortamında bakım hizmetlerinin sunulması hastanın daha rahat olmasını sağlamış, bu da verilen hizmetin kalitesini artırmıştır (Selek Öz, 2010: 79). Yapılan araştırmalara göre, hasta ve bakıma muhtaç bireyler daha çok aileleri tarafından bakılmayı istemektedirler (Davey ve Patsios, 1999'dan aktaran: Selek Öz, 2010: 80).

Evde bakım hizmetleriyle birlikte bakım gereksinimi duyan kişilerin hemşire ya da diğer sağlık personeliyle tedavi sürecinin evde devam ettirilmesi, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Ayrıca bakıma muhtaç bireylerin hastane ortamında çok tutulmayıp ev ortamına gönderilmesi, moral ve motivasyonlarını artırmasıyla beraber hastaneye tekrar dönerek, burada yatılı bakım alma oranlarını düşürdüğü görülmüştür (Göz ve Erkan, 2008'den aktaran: Selek Öz, 2010: 80).

Evde bakım hizmetleri hastanede bakıma göre daha az maliyetlidir. Türkiye'de evde bakım hizmetleri için yapılan maliyet etkililik üzerine bir çalışma yoktur (Torun, 2016: 20). Nitekim bazı kişiler tarafından yapılan çalışmalar, evde bakımın daha maliyet etkin olduğunu gözler önüne sermiştir. Whitaker ve Wade (2014: 419-422)'a göre; evde tele-sağlık temelli kardiyak rehabilitasyon programını hastane temelli programla maliyet-fayda analizi bakımından karşılaştırmıştır. Yapılan

çalışmada 120 kişi bulunmaktadır. 60 tanesi evde, diğer 60 tanesi ise olağan bakım grubuna alınmıştır. Evde hizmet verilenlere cep telefonu, sağlıklı yaşam günlüğü ve kısa mesaj içeren web portalı verilmiştir. Olağan bakım grubundakiler, 6 hafta boyunca hastanede kardiyak rehabilitasyon programını almıştır. Diğerleri ise ev temelli olarak programı almıştır. Bunun sonucunda, tele-sağlık müdahalesi hasta başına 1633\$ gelirken, olağan bakım grubunda bu rakam 1845\$ olarak tespit edilmiştir. Katılanların bakış açısına göre evde rehabilitasyon için ulaşım masrafları hastaneye göre azdı. Evde bu rakam 80\$, hastanede ise 400\$ olarak saptanmıştır. Hastaların ev ortamında bakımının sağlanması, hastanede uzun süre kalmayı engelleyerek diğer hastalarında bekleme süresini azaltmıştır. Maliyetlerinin az olması, sağlık harcamaları konusunda ülke ekonomisine katkı sağlamıştır. Hastane enfeksiyonlarla dolu bir ortam olduğu için hasta bu ortamdan uzak tutularak, enfeksiyon kapma riski azaltılır. Ayrıca hastanede tedavi belli bir zaman diliminde olacağından kişinin evde bakımının sağlanması, zaman kaybını da ortadan kaldıracaktır. Hastanede kişiye sunulan yemekle ev ortamında sunulan yemek farklı olacaktır. Kişilerin ev ortamında yemek ihtiyaçlarının karşılanması genelde aile bireyleri tarafından olacağından, bakıma muhtaç kişinin daha rahat beslenmesi sağlanacaktır. Kişiye evde sunulan bakım hizmetleri, hane halkının daha rahat davranarak kendi işlerine daha fazla vakit harcamasını sağlayacak, bu da ev ya da iş konusunda ikilemede kalmamalarını sağlayacaktır.

### **1.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Tarafları**

Bakım gereksinimi duyan bireylere sunulan hizmetlerin, olumlu tarafları olduğu gibi olumsuz tarafları da bulunmaktadır. Bireylerin sürekli olarak bir hastayla yaşaması ve ilgilenmesi onların duygusal yönden çökmelerine neden olabilir. Dolayısıyla bakımı sağlayan hane halkına da psikolojik olarak destek verilmelidir. Bakımı sağlanan kişi hane halkına eziyet verdiği düşüncesinde olabileceğinden, moral ve motivasyonunun yüksek düzeyde tutulması gerekmektedir.

Evde bakım hizmetini bireye sunan sağlık personelinin sürekli olarak hastanın yanında bulunmaması, acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın zor durumlar yaşamasına sebep olabilir. Bu konularda hasta yakınlarına eğitim vererek bilinçlenmeleri sağlanabilir. Bu eğitimin yanı sıra iletişim ve ulaşım alanında sağlanacak olan gelişmelerle bu sorunlar en aza indirilebilir.

Hasta kişinin sürekli kontrol altında tutulmaya çalışılması ve yalnız bırakılmaması, özel hayatına müdahale ediliyor duygusuna kapılmasına sebep olabilir. Bu da bazı zamanlarda uzun olmamak şartıyla hasta bireylerin yalnız bırakılması gerçeğini ortaya koymaktadır. Kişi bazı zamanlarda yalnız bırakıldığı zaman özel alanına müdahale edilmediği hissine kapılacak, bu da moral ve motivasyonunun düşmemesini sağlayacaktır. Sağlık çalışanları özgün çalışma yerlerinden çıkıp ev ortamında hizmet vermelerinden ötürü, özgün karar alamayabilirler. Bu da verecekleri bakım hizmetlerinin aksamasına yol açabilir. Hastane ortamında kullanılan tıbbi cihazlar bakım esnasında kişiye acı verebilir. Fakat bu acı müdahale odasında hasta yakınları tarafından görülemez. Evde

bakım esnasında kullanılan tıbbi cihazlar sebebiyle hastanın duyduğu acı yakınlarının paniklemesine ve müdahalesine sebep olabilir. Bu da bakım hizmetlerinin istenilen düzeyde olmamasına sebep olur.

### **1.9. Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Sorunlar**

Bütün hizmetlerde olduğu gibi evde bakım hizmetlerinde de bazı sorunlarla karşılaşılmaktadır. Evde bakımın yeni bir hizmet türü olması, beraberinde aşılması gereken zorluklar getirmiştir. Bu hizmet türü, iyi bir eğitimle uzman kadrolar oluşturulması gereken bir hizmet türüdür. Kişilere sağlık bakımı hizmetini verecek olan kişilerin çalışma ortamlarından çıkarak, farklı ortamlarda işlerini yapmaları verimliliklerini düşürebilmektedir. Bakıma muhtaç olan bireyin, hane halkıyla sürekli olarak aynı ortamı paylaşması, aile bireylerinin psikolojilerinin bozulmasına sebebiyet vererek bakım hizmetini sunan sağlık çalışanlarıyla sağlıklı bir iletişimin olmasını zorlaştıracaktır. Ayrıca psikolojik etki kişilerde takıntı gibi durumların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Aşırı sorumluluk hissi ve tıbbi bilginin olmaması bu duruma yol açan sebeplerdir. Bu durumun hasta birey ve hane halkı üzerindeki olumsuz etkilerini kaldırmak için psikolojik destek sağlanması gerekir. Çünkü personel bakıma muhtaç olan kişiye sunacağı sağlık hizmetinde hane halkıyla iletişiminin iyi olması gereklidir. Aksi takdirde etkin bir bakım hizmetinden söz edilemez. Sağlık hizmetini sunan kişinin sürekli hastanın yanında zaman geçirmemesi, acil durumlarda müdahale edilememesine ve hastanın bu durumdan olumsuz etkilenmesine yol açacaktır. Evde sağlık hizmetlerinin mesai saati dışında verilmemesi, hasta ve hane halkının bu durumdan olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Bu durumda hasta birey mesai saatleri dışında olduğundan tedavisini göremeyecek ve sağlığı olumsuz etkilenecektir. Evde sağlık hizmetinin mesai saati dışında verilmesi, hasta ve hane halkının bu durumdan olumsuz etkilenmesi durumunu ortadan kaldıracaktır. Yaşlı bireylerde birden fazla kronik hastalığın olması, evde bakım ve hastanın durumunun takibini zorlaştırmaktadır. Çünkü ev ortamında belli oranda tıbbi cihaz ve belli oranda sağlık personeliyle hizmet verilmektedir. Dolayısıyla yaşlı bireyde birden fazla bulunan kronik hastalık, evde bakımı güç bir duruma sokmaktadır (Solmaz ve Altay, 2019: 155).

Bakım konusunda kadınların erkeklere göre daha fazla sorumluluğa sahip olduğu bilinen bir gerçektir. Toplumda kadın bakan, besleyen, büyüten, ev işleri yapan, bir bakıma anlamsal rolleri yerine getiren birey olarak görülür. Erkek para kazanan, evin geçimini sağlayan, aileyi koruyan ve güven veren bir bakıma araçsal rolleri yerine getiren birey olarak görülür (Altan Arslan, 2000: 1). Kadınlar gayri resmi olarak evlerinde bulunan hasta bireylere ve çocuklarına bakmaktadırlar. Bunun yanı sıra yaşlı bireylerinde bakım ihtiyaçlarını sağlamaktadırlar. Ev ortamında kadın, eş ve annelik kimliğine bürünmüştür. Bu kimlikte, aile bireylerine yardımcı olması, fedakâr olması ve anlayış göstermesi beklenmektedir. Toplumda kadına biçilen bu rollerden dolayı bakımdan birinci derecede sorumlu olmaktadır. Bu bakım çocuklardan hasta ve yaşlıların bakımına kadar gitmektedir (Adak, 2003: 2). Günümüzde ekonomik ve sosyal sebeplerle kadının çalışma hayatına katılması, evde bulunduğu süreyi kısaltmış ve bakımda olan eski etkisini kaybetmesine sebep olmuştur.



Evde bakım hizmetleri konusunda, profesyonel ve profesyonel olmayan kişiler gereklidir. Bunların eğitim düzeylerinin ve yetki alanlarının farklı olması ikilemlere yol açmaktadır. Hastaya acil müdahale gereken durumlarda yetki alanına girmediği halde panikleyen hasta ve yakınlarından gelen talep personeli zor duruma sokabilmektedir. Bu zor durumlarla karşılaşmamak için evde bakım hizmetlerinde çalışan personelin tam anlamıyla profesyonel olması bakım hizmetlerini kolaylaştıracaktır. Çünkü profesyonel olarak çalışan personel hastanın fiziki ruhsal boyutunu daha iyi analiz ederek, hizmeti sunarken daha az problem yaşayacak ve tükenme eğiliminden kolay çıkarak hizmeti en iyi şekilde sunmaya devam edecektir.

### **1.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Verimliliği İçin Yapılması Gerekenler**

Dünya toplumlarında ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı nüfus oranı da artmıştır. Yaşlı nüfus oranının artmasına paralel olarak kronik ve ağır hasta sayısı da artış göstermiştir. Hastaneler hastaların uzun yatışlı olarak kalmaları konusunda istekli değildirler (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Buna karşılık hastalar ise hastanede kalmaktansa tedavilerinin evde sürdürülmesi istegindedirler. Sağlık hizmetlerinde gelişen teknolojiler sayesinde, çoğu sağlık hizmeti hastalara profesyonel olarak çalışan hemşire, hekim vb. kişiler tarafından ev ortamında sağlanmaktadır. Burada topluma kazandırılması gereken olgu, evde bakım hizmetinin bireylere benimsetilmesi ve sağlık konusunda yapılacak harcamaların ne şekilde olacağının öğretilmesidir. Bu sayede bakıma muhtaç kişilerin sigortalanması sağlanarak bu konudaki ekonomik yükleri sigorta sistemlerince sağlanabilir (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Gelişmiş olan ülkelerde hastane odaklı bakımın dışında, evde bakım hizmetlerinin verilmesine yönelik istek oldukça fazladır. Çavuş (2013: 108)'e göre; 301 kişiden oluşan yaşlı bireylerin ev ya da hastanede bakım hizmetinden hangisini tercih ettiği üzerine durulan bir çalışmada, yaşlı bireylerin %95,7'si evde bakım hizmetini, %4,3'ü ise hastanede bakım hizmetini tercih etmiştir. Bu sebeple gelişmiş ülkelerde yaşlılar için açılan huzur evleri sayısı giderek azalmaktadır. Çünkü gelişen teknoloji artık hastaların evde de iyi bir bakım hizmeti almaları şansını doğurmuştur. Bundan dolayı yaşlılar bu tür hizmetleri kendilerini baskı altında hissetmeden rahat bir şekilde profesyonel kişiler tarafından ev ortamında almayı seçmektedirler. Evde bakım hizmetlerinin verimliliği konusunda başlıca problemlerden birisi zaman sorunudur. Hekimin hastanede bakacağı kişi sayısının fazla olması, iş sebebiyle yapacağı ziyaretler ve idari işlerinin yoğun olması ev ortamında sunacağı bakım hizmetini aksatabilir (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Bu konuda hekimler çalıştıkları hemşirelerle birlikte bir zaman çizelgesi hazırlayarak, bazı günleri evde bakım hizmetinin sunulmasına ayırabilirler. Bu sayede bazı günler tam olarak bakıma muhtaç kişiye ayrılarak ihtiyaçları giderilebilir. Ayrıca hekimlerin yoğun olması sebebiyle bazı

günlerde ziyaretlerin hemşirelere bırakılması ve randevu sistemlerinin bakıma muhtaç kişiye göre ayarlanması verimliliğin artmasında önemli rol oynayacaktır (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Evde bakım hizmetlerinin sunulmasında hemşire, hekim vb. hizmeti sağlayacak kişiler bakıma muhtaç kişinin bulunduğu ev ortamına giderken ulaşım giderleriyle karşılaşmaktadır ve hizmeti tam günlük sağlayacaklarından yeme ve içme gibi ihtiyaçları oluşmaktadır. Hizmeti veren sağlık personelinin ulaşım, yeme, içme vb. ihtiyaçlarının karşılanması yapacakları bakım hizmetine daha iyi odaklanarak verimliliğin artmasını sağlayacaktır (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Eve gelen sağlık personeliyle aile bireyleri arasındaki iletişim ve saygının üst düzeyde olması gerekir. Aile bireyleri tarafından eve gelen sağlık personeli işlerini yerine getirirken, evde olan misafir, televizyon, müzik aleti gibi şeyler dikkatlerini dağıtabilir. Bu konuda yaptıkları uyarılar hane halkı tarafından tepkiye neden olabilir. Dolayısıyla üst düzey iletişimin sağlanması ve bunun akabinde gelişecek olan güven duygusu, hane halkına yapılacak uyarıların dikkate alınması ve tepkiyle karşılaşılmasına yol açarak hizmetin en iyi şekilde sunumunu sağlayacaktır (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Bakıma muhtaç bireylere hizmeti sağlayacak olan sağlık personelinden hane halkının farklı beklentileri olabilir. Yani sağlık personelinin sunacağı hizmetle hane halkının beklediği hizmet uyuşmayabilir. Bu konu sağlık personeli tarafından hissedildiğinde, hasta bireyin ailesiyle bu konuda detaylı bir şekilde konuşulmalıdır. Çünkü yapılması gereken şeyler konusunda uzlaşmaya gidilmezse sağlık personelinin vereceği hizmet aksayabilir. Bu konuda aile yakınları detaylıca bilgilendirilerek ve diğer istedikleri şeyler sağlık personeli tarafından karşılanabiliyorsa bu ihtiyaçlar da giderilerek, hizmete devam edilmelidir. Çünkü burada önemli olan bakıma muhtaç bireyin ihtiyacının karşılanmasıdır (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Evde bakım hizmetini sunacak olan sağlık personelinin uygulayacağı plana kimi zamanlarda aile yakınları tarafından bir direnç gösterildiği görülmektedir. Bu direnci kıracak olan aile yakınlarıyla kurulacak olan etkili ve güçlü bir iletişimdir. Sahip olunan plan ve bunun gidiş aşamalarıyla sağlayacağı fayda aile yakınlarına anlatılarak ortak bir dilde buluşulmalıdır. Bazı zamanlarda da psikiyatri servislerinden destek sağlanarak bu durumların önüne geçilmektedir (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Evde bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personeline kendi maaşlarının haricinde, bu iş için ek bir ücret veya prim sağlanmalıdır. Çünkü bu iş için ek bir performans göstermektedirler. Bunun karşılığını alamamaları, moral ve motivasyonlarının düşmesini sağlayabilir. Sağlık personeline bu konuda sağlanan ücret veya prim çalışma isteklerini artırmada faydalı olacaktır (Solmaz ve Altay, 2019: 156).

Evde bakım hizmetleri konusunda yetkili kurum ve kuruluşlara büyük görevler düşmektedir. Bu hizmet için okullar açılması ve uzman kadroların yetiştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Çünkü giderek yaşlanan bir nüfusla karşı karşıyayız. İlerleyen yıllarda yaşlı nüfus oranının daha da artacağını günümüzden hareketle tahmin edebiliriz. Dolayısıyla artan yaşlı nüfus beraberinde kronik kalp vb. birçok hastanın olmasını sağlayacaktır. Hastanelerde çalışan personelin işi oldukça güçtür. Çünkü bir yandan hastalarla ilgilenirken diğer yandan idari işlerle uğraşmaktadırlar. Sadece bu konuya ilişkin kadroların oluşturulması hem diğer görevlilerinin yükünü azaltacak hem de sadece bu işle ilgilenen kişiler ortaya çıkararak verimliliği artıracaktır.

### **1.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansman Kaynağı**

Geçmişten günümüze ülkelerdeki aile yapısının değişmesi, gelir düzeylerinde yaşanan değişimler, doğum oranlarının düşmesi ve ortalama yaşam süresinin artmasıyla ülke nüfuslarında yaşlı bireylerin sayısı artmaya başlamıştır. Ayrıca ülkelerdeki ekonomik gücün artması, sağlık teknolojilerinin gelişmesi yaşlı nüfus oranını artıran diğer etmenlerdir. Yaşlı nüfus oranının artması, bireylerin ilerleyen yıllarda bakıma muhtaç hale geleceğini gözler önüne sermektedir. Dolayısıyla bireylerin bakım hizmetlerine olan talebi artacaktır. Bakım hizmetlerine talebin artmasıyla birlikte yaşlı bireylere sunulan hizmetlerde finansman sorunu ortaya çıkacaktır (Ağören, 2017: 8).

Bakım hizmetlerinde bir sorun olarak ortaya çıkan finansman konusuna ülkelerin yaklaşımı farklıdır. Çünkü gelişmişlik düzeyi, sigorta kuruluşlarının rolü ve bakım hizmetlerinin maliyetinin karşılanacağı kaynak ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bakım hizmetlerinde bir sorun haline gelen finansman konusuna çözüm arayışına giren ülkeler, üzerinde durdukları bazı sorularla bu sorunu çözmeye çalışmaktadırlar. Bu sorular aşağıda sıralanmıştır (Özer ve Şantaş, 2012: 100);

- Sunulan bakım hizmetlerinden hangi gruplar yararlanacak?
- Sunulan hizmetlerden faydalanma ölçütü ne şekilde tayin edilecek?
- Sunulan hizmetlerin maliyetleri ne tür kaynaklarla giderilecek?
- Sunulan hizmet hangi şekilde verilecek? (Hizmet sunum stratejileri ve yöntemleri)?
- Sistem içinde hizmetlerin etkileşimi ne şekilde sağlanacak?

Bu hususları içerisinde bulundurarak sunulacak olan hizmetlerin kamunun sorumluluğunda, kaliteli ve bireylerin yükünü hafifleterek sunulması sistemin başarıya ulaşması için gereklidir. Ülkeler bakım hizmetlerinin finansmanı konusunda bulundukları ekonomik düzeylere göre farklı uygulamalar geliştirmişlerdir. Gelişme gösterememiş olan ülkeler, finansman konusunda problem yaşamaktadırlar. Bu ülkelerde bakım yükü tamamıyla aile bireyleri üzerindedir. Her ne kadar ülkeler farklı yöntemler üzerinde dursalar da genel olarak dünya ülkelerinde 3 yaklaşım üzerinde durulmaktadır. Bunlar; maliyetinin vergilerle karşılandığı Beveridge Modeli, maliyetinin primlerle

karşılandığı Bismarck Modeli ve maliyetini bireylerin kendi ekonomik güçleriyle karşıladığı bireysel yöntemdir (Özer ve Şantaş, 2012: 100).

Beveridge modeli, 2. Dünya Savaşı bittikten sonra İngiltere'nin sağlık sistemini düzenleyen William Beveridge tarafından vergi dayalı bir şekilde finanse edilip, halkla ilişkilendirilen bir sistemdir. Birebir sağlıkla ilgili bir sistem olduğundan en çok başvurulan yöntemdir. Sistemdeki hastanelerin çoğu devlete aittir, bunun yanı sıra özel hastanelerde bulunmaktadır. Alınan ücret, yapılacak iş devlet tarafından belirlendiği için bu sistemi kullanan ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları düşüktür. Bu sistemi İsveç, Norveç, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Avustralya, Yeni Zelanda, Portekiz ve İtalya kullanmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 106-107).

Bismarck modeli ise Almanya'nın birleşmesinden sonra Otto Von Bismarck tarafından kurulmuş bir sağlık modelidir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 107). Otto Von Bismarck, 1815 yılında doğmuştur. Muhafazakâr ve toprak zengini bir ailenin çocuğudur. Babası Prusya ordusunda görev yapmış bir askerdir. Annesi ise o dönem yüksek memurluk yapan bir ailenin mensuplarından. Bismarck'ın öğrencilik dönemleri orta seviyede başarı ile geçmiştir. Lise öğrenimini Berlin'de yaptıktan sonra Hukuk Fakültesinde okumak için Göttingen'e gitmiştir. Daha sonra tekrar Berlin'e dönüş yapmıştır. Öğrencilik dönemleri düzensiz olarak geçen Bismarck, gününü ata binmek ve ava gitmek gibi aktivitelerle geçirmiştir. Cüsseli, kavgacı ve gürültülü bir kişiliğe sahiptir. Doğada vakit geçirmeyi seven Bismarck, hayvanlar içinde köpeklerle ayrı bir sevgi duymaktadır. Üniversite eğitimini tamamladıktan sonra mahkeme kâtipliği yapmıştır (Altıntaş, 2012: 44-45).

1847 yılında Federal Meclis üyeliğine seçilerek siyasi hayatı başlamıştır. 1859 yılında Petersburg Büyükelçiliğine atanmıştır. 1862 yılında bir dönem Paris Büyükelçiliği yapmıştır. 1862 yılının güz döneminde Prusya kralı tarafından Başbakanlık görevine getirilmiştir. Daha sonra Dışişleri Bakanlığı görevine getirilmiştir. Bu görevde olduğu süreçlerde siyaseti arka planda bırakarak, orduda yenilik hareketlerine başlamıştır. Alman Birliği en büyük hedeflerinden biri olmuştur. 1871 yılında bunu gerçekleştirdikten sonra yayılmacı siyasetten uzak durmuştur. Siyasi hayatı boyunca baskıcı ve taviz vermeyen bir kişi olarak tanınmıştır (Altıntaş, 2012: 46-52).

Sanayileşme süreciyle birlikte istihdam tarımdan sanayiye geçmiştir. Sanayileşmenin sağlamış olduğu makineleşme üretimde kolaylığı sağlasada, sanayileşme insan sağlığı üzerinde olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Çalışan bireylerde önceki dönemlerde de sağlık sorunları olmasına rağmen, bu dönemde iş kazaları ve meslek hastalıkları artış göstermiştir. Tarım sektöründen çıkarak fabrikaların ağır koşullarında çalışan bireylerde ölüm oranları artmıştır. Sanayileşme sağlığın kurumsallaşmasında büyük bir etkiye sahip olmuştur. Sağlığın toplumsal koşullardan etkilenmesi, toplumsal bir sorun olarak görülmesine ve sosyal politikada ele alınmasına sebep olmuştur. Sosyal politika toplumsal haklara dayanan bir olgu olduğu için ilk olarak sanayi toplumlarında ortaya çıkmıştır. Hastalıkların bir sorun haline gelmesi ve sosyal politikanın gelişmesi, devletlerin bireylerin

sağlık durumlarıyla ilgilenmesine ve bu alanda düzenlemeler yapmasına neden olmuştur. Toplumda oluşmaya başlayan hastalıklar için kamu kurum ve kuruluşları seferber edilmiştir. İlk olarak sosyal güvenlik sistemleri kamu tarafından oluşturulmaya başlanmıştır. Bunlardan bir tanesi, Bismarck modelidir. Bu modelde karşılıklı fayda anlayışı içerisinde bir araya getirilerek sunulan sağlık hizmetinin finansmanı sağlanmıştır (Dereli ve Şahinoğlu, 2023: 35).

Modelin finansmanı zorunlu olarak kesilen primlerden sağlanmaktadır. Modelde yapılan katkılar sağlık durumuna göre değil, gelir düzeyi üzerinden orantılı olarak belirlenmektedir. Bu modeli birçok ülke kullanmaktadır. Bunların başında Avrupa Birliği ülkeleri, Japonya ve bazı Güney Amerika ülkeleri gelmektedir (Gür ve Kaya, 2020: 39).

Bir diğer model olan cepten ödeme, sağlık hizmetlerini yeterince uygulayamayan ve epeyce geride kalmış, gelir seviyesi düşük, sağlık yönetimi düzgün olmayan Hindistan ve bazı Afrika ülkelerinde sıklıkla görülmektedir. Bunun yanı sıra gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkelerde bu sistemi kullanmıştır. Bu ülkelerde, bu hizmeti almak isteyenler para ödemek zorundadır. Para ödeyemeyenlerin hastalıkları devam etmekte hatta sağlık tedavisi göremedikleri için hayatlarını kaybetmektedirler (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108).

1980'den bu yana, OECD üyesi olan ülkelerin cepten ödeme oranları %20'li seviyelerde olmuştur. 1980'li yıllarda çoğu ülkelerin bu konudaki bilgileri bilinmemektedir. 1990'lı yıllardan bugüne cepten ödeme oranlarında büyük bir değişikliğe rastlanmamıştır. Bu oranın en yüksek olduğu ülkeler Meksika, Şili ve Kore'dir. Cipten ödeme oranları bu ülkelerde %40 ve üzerindedir. Cipten ödeme modelinde, son yıllarda ekonomik krizlerle uğraşan Yunanistan, Portekiz ve Macaristan oran olarak diğer ülkelere yaklaşmaktadır. Hollanda ve Fransa 2012'de %6 oranla bu modelde en düşük paya sahiptir. İngiltere ve Yeni Zelanda %10 oranla bu ülkeleri takip etmektedir. 1995 yılında Türkiye'de cepten ödeme, toplam harcamaların %30'unu oluştururken, yapılan reformlarla 2000'li yıllardan sonra bu oran %15'e gerilemiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 120).

### **1.12. Evde Bakım Hizmetlerini Ortaya Çıkaran Nedenler**

Dünyada evde bakım hizmetlerini ortaya çıkaran sebeplerin başında diğer tedavilerin yüksek maliyetli olması gelmektedir. Maliyetin yüksek olması, bu konunun tüm dünya ülkelerinde tartışılmasına ve çözüm yolları aranmasına sebep olmuştur. Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkmasına bazı faktörler sebep olmuştur. Bunlar nüfus yapısının değişmesi ve nüfus yapısının giderek yaşlanması, aile yapısındaki çözümler, sağlık alanında teknolojinin ilerlemesi, sağlık sektöründe artan maliyetler vb. sebeplerdir (Selek Öz, 2010: 69).

### 1.12.1. Demografik Değişim ve Yaşlı Nüfus Oranının Artması

Yaşlı bireylere bakış açısı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı toplumlarda yaşlı kişilere karşı iyimser bir tavır takınılırken, diğer yerlerde kötümser bir davranış içine girilebilir. Bazı toplumlar yaşlı bireyleri, edindikleri tecrübeler ile öğrendikleri bilgileri gelecek nesillere aktaran birer kılavuz olarak görmektedirler. Geleneksel toplumlarda yaşlı bireylerin önemi büyüktür. Aile içi problemleri halleden, aile içi görev dağılımını yapan ve ailedeki genç kuşaklara bilgi ve deneyim sağlayan büyük oranda yaşlı bireydir. Modern toplumlarda ise kentleşme, endüstrileşme ve iletişim araçlarının yaygınlaşmasıyla beraber geleneksel aile yapısı dönüşüme uğramış, aile ve akraba bağları zayıflayarak, aile içindeki yaşlı bireye atfedilen görevi yok etmiş ve saygınlığını azaltmıştır. İletişim büyük oranda çekirdek aile içindeki bireylerle sınırlı kaldığı için geleneksel önemi büyük oranda azalmıştır. Yalnız bu durumun her toplumda aynı olduğu söylenemez (Erol, 2016: 3-13).

Özellikle Afrika'nın bazı kabilelerinde yaşlanan bireyler üretme kabiliyetlerini kaybettiklerinden dolayı, ölüme terk edilmektedirler. İslam toplumlarında ise yaşlı kişilere bakış açısı iyimserdir. Genelde yaşlı birey istekleri yerine getirilmeye çalışılan, moral ve motivasyonu yüksek tutulmaya gayret gösterilen bir birey konumundadır. 18. yüzyılda İngiltere'de daha sonra bütün ülkelerde yavaş yavaş başlayan sanayi devrimi, geleneksel aile yapısının bozulmasına sebep olarak, yaşlıya olan saygının yerini merhamet duygusuna bırakmıştır. Yaşlıya karşı olan bakış açısının değişmesinde kentleşmenin de etkisi vardır. Günümüz dünyasında yaşlı nüfus oranının giderek artması, yaşlılığın çözülmesi gereken bir sorun olmasını sağlamıştır. Geleneksel aile yapısının çözülmesiyle birlikte yaşlı bireylerin ailelerinden aldığı destek eskiye oranla epeyce azalmış ve yaşlı bireyler bakıma muhtaç hale gelmişlerdir (Erol, 2016: 3-13).

Sanayi devrimiyle birlikte ölüm ve doğum oranları azalmıştır. Bu durum yaşlı nüfus oranının artmasıyla beraber demografik dönüşümünde başlamasını sağlamıştır. Birleşmiş Milletlere göre, gelir seviyesinin artmasıyla beraber sağlık harcamalarında yapılan artış, demografik dönüşüm sürecini başlatmıştır. Demografik dönüşüm kavramı, Warren Thomson tarafından ortaya atılarak, endüstrileşen ülkelerde ölüm ve doğum oranlarındaki değişimlere atıf yapılmıştır. Thomson, geliştirmiş olduğu bu modelde, sanayileşmiş olan ülkelerde son 200 yıldaki doğum ve ölüm oranlarındaki değişim ve geçişleri incelemiş ve ölüm ile doğum oranlarının hızlarıyla ülkelerin sanayileşme ve ekonomik gelişimleri arasında ters bir ilişki olduğunu saptamıştır. Yani ülkelerin ekonomilerinin tarımdan ağırlıklı olarak sanayiye geçiş yapması, bu ülkelerdeki ölüm ve doğum oranlarını düşürmüştür. Sanayi toplumuna geçişle birlikte kentleşmenin giderek kırsallaşmanın önüne geçmesi, toplumda okur-yazar oranının artması, kadının çalışma hayatına katılması gibi sebeplerle doğum oranları azalmıştır. Öte yandan sağlık teknolojilerinin gelişmesi, toplumda var olan hastalıklara ilişkin çözüm yollarının bulunması, bireylerin ortalama yaşam süresini artırmıştır. Tüm bu bilgiler ışığında, doğurganlığın zayıflaması ve hayatta kalma süresinin artmasıyla beraber birçok ülkede aile yapısının değişiminden kaynaklanan yaşlanma süreci başlamıştır (Erol, 2016: 3-13).

Dünya ülkelerinin birçoğunda doğumla beraber gelen yaşam süresinin artacağı ön görüldüğünde, yaşam süresinin artması ortalama yaşam süresi için olum bir etki yapacakken, yaşlı nüfus oranının da giderek artmasına neden olacaktır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sağlık harcamalarına yapılan artışla beraber yaşam süresi uzayacak ve yaşlı nüfus oranının artmasıyla beraber yaşam kalitesi de artacaktır. Bunun yanında gelişmemiş ülkelerde, sağlığa yönelik harcamaların az olması ve sağlık teknolojisinin epeyce geride kalması gibi nedenlerden dolayı doğum oranı artsada, bebek ölümleri fazla olmakla beraber yaşam kalitesi düşük ve yaşlı nüfus oranı azdır. Yaşlı nüfus oranının gelişmemiş ülkelerde az olması, sağlık maliyeti bakımından faydalı olarak görülsede, üretici nüfus olan gençlerin erken yaşlarda hayatlarını kaybetmeleri, ülke gelişimi konusunda geride kalmalarını sağlayacaktır. Dolayısıyla gelişmemiş ülkelerin sağlık teknolojileri açısından çalışmalarını artırmaları, üretici nüfusunu kaybetmemeleri ve gelişimleri açısından olumlu bir etkiye neden olacaktır.

### **1.12.2. Aile Yapısının Değişmesi**

Toplumsal olarak bakıldığında, bakıma muhtaç olan yaşlı birey için ailesi birincil konumu teşkil etmektedir. Aileler yaşlı bakımında yapacakları şeyleri bir zorunluluk olarak görmemekte, evlerinde bulunan yaşlıya sağlanacak olan bakımı bir sorumluluk olarak görmektedirler. Yaşlıya sağlanan bakım hizmetinde kadınların rolü erkeklere göre daha fazladır. Ülkelerde yapılan araştırmalar da kadınların bu konudaki rolünün daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat endüstrileşme kentleşme ve bu gibi sebeplerle doğum oranlarının azalması ve kadının çalışma yaşamına katılması, yaşlı bireyin bakım hizmetinde, kadın rolünün etkinliğinin azalmaya başlamasına neden olmuştur. Yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin sürekli olarak yanlarında bakımlarını sağlayan birinin olması, bu kişilerin bakımda geçirecekleri zaman nedeniyle iş ve sosyal hayatlarını kısıtlamalarına neden olabilir. Endüstrileşmenin getirmiş olduğu ekonomik yapı, toplumsal yapının da değişmesini sağlamıştır. Geleneksel olan geniş aile yapısının kırılması, çekirdek aile yapısına geçişi hızlandırarak, aile içinde bulunan yaşlı bireylerin geleneksel olan değerini ve aile içindeki rolünü değiştirmiştir. Ayrıca evlenme oranlarının azalarak boşanma oranlarının artması, çocuklarıyla beraber yaşayan yaşlı bireylerin sayısını azaltarak, ülkelerin profesyonel kadrolar tarafından bakım hizmeti verme eğilimine gitmelerini hızlandırmıştır. Aile bireyleri içindeki kişilerde ben merkezli davranışların giderek artması, bireysel olarak karar vermelerine sebep olarak yaşlı olan bireylerin üstün olan rolünün giderek kırılmasına sebep olmuştur (Selek Öz, 2010: 72).

Geleneksel olan tarım toplumlarında genellikle geçim, basit tarım aletleriyle büyük olan bireyin liderliğinde olmaktadır. Ancak geçen yıllar ve gelişen dünyada bireylerin farklı mesleklere yönelmesi ve bu konularda eğitim almak istemeleri, bulundukları ortamdan farklı ortamlara geçişlerini hızlandırmıştır. Ailesinden uzakta eğitim alan birey artık yeni bir alanda olduğundan ve kararlarını yüksek oranda kendisi aldığından yaşlı bireyin liderlik yönündeki vasfı zedelenmiştir.

Modern toplumla beraber hızlı kentleşme ve teknolojik ilerlemeler bu yoğunluğa ve atıklığa sahip insanların doğmasına sebep olmuştur. Bu atıklığı, genel olarak genç bireyler sağlayacağından ve yaşlıların bu hareketliliğe uyum sağlaması zor olacağından daha çok sakin olan eski yaşam merkezlerini tercih etmelerine neden olmuştur. Bu da yaşlı olan bireylerin ev halkından uzaklaşarak liderlik vasfının büyük oranda zedelenmesine sebep olmuştur (Selek Öz, 2010: 73).

### **1.12.3. Sağlık Alanında Teknolojinin Gelişmesi**

Sağlık teknolojisi alanında yapılan çalışmalar ve bu konudaki gelişmeler hastane ortamında sağlanan bakımın ev ortamında da büyük oranda olmasını sağlamıştır. Sağlık alanında gelişen teknoloji, bakımın evde yapılmasını daha olanaklı hale getirmiştir. Yaşlıların birçoğunda görülen infüzyon, hemşire ve doktorlar tarafından yapılan tedaviyle giderilmektedir. Fakat günümüzde bu konudaki teknolojik gelişmeler sayesinde artık bu tedavi aile bireyleri ya da bakıcılar tarafından uygulanmaktadır. Ayrıca bazen bu tedavi bizzat hasta birey tarafından da kendisine karşı uygulanmaktadır. Günümüzde Alzheimer hastası sayısı oldukça fazladır. Bu hastalığa sahip olan bireyler yatalak durumda değilse yaşadıkları hafıza kaybı sebebiyle bulundukları ortamı yabancı bir ortam sanarak terk etmekte ve kaybolmaktadırlar. Fakat bu konudaki teknolojik gelişmelerle ortaya çıkan çip sayesinde kaybolan hastalar, ekipler ya da aile bireyleri tarafından kolaylıkla bulunmaktadır (Selek Öz, 2010: 74).

Ev ortamında yapılan ufak değişikliklerle bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçları kolaylıkla giderilmektedir. Özellikle yaşlılar için yapılan koltuklar, uyumlaştırılmış banyo ve tuvalet, yatarken ya da kalkarken zarar görmemeleri için yapılan özel yataklar, yaşlıların günlük hayatlarını rahat ve zarar görmeden geçirmelerini sağlamaktadır. E-sağlık uygulaması, evde sağlık bakımı için oluşturulan bir uygulamadır. Bu uygulama sağlık hizmetlerinde gelişen teknolojiyi kullanarak hastalıkların tedavisi ve takibi olarak tanımlanabilir. Bu uygulamayla beraber yaşlıların evde sağlık hizmeti alma imkânı doğmuştur. Ayrıca uygulama sayesinde hastaneye gidilmesi gerekmeyen durumlarda da bu hizmetin alınması sağlanmıştır (Selek Öz, 2010: 74).

Evde bakım hizmetleri için giyilebilir teknolojiler ve medikal cihazlar üretilmiştir. Bu sayede hastaların durumları doktorlar tarafından takip edilmekte ve gerektiğinde müdahale edilmektedir. Evde bakım hizmetleri konusunda teknolojinin kullanılması, teşhis, bakım ve koruma gibi hizmetlerin uzaktan sağlanmasına olanak tanımıştır. Bu tip uygulamalar yaşlıların güvenliğini arttırmış, bağımsızlıklarını sağlamış ve böylece yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunmuştur. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinde görünen teknolojik gelişme, yaşlı bireylerin başkalarına duyduğu bağımlılığı da büyük oranda azaltmıştır (Selek Öz, 2010: 74).



#### **1.12.4. Sağlık Sektöründe Artan Harcamalar**

Bireyler değişik nedenlerle sağlık ihtimamlarına başvurmak mecburiyetinde olabilirler. Yaşlanma ve engele sahip olma gibi durumlar sağlık hizmetlerine başvurma zorunluluğunun ana sebeplerindendir. Bunun yanı sıra bakım alma arzusunda olan bireylerin sahip oldukları rahatsızlıkların, teknik anlamda teknolojiye ihtiyaç duymamasına rağmen hizmetleri teknoloji yönünden gelişmiş olan kurumlarda almaları, sağlık sektöründeki hizmetlerin maliyet kalemlerinin yükselmesi sonucunu doğurmaktadır. Dolayısıyla bireylerin bu konudaki isteklerinin artması, sağlığı kapsayan hizmetlerin giderlerinin karşılanması konusunda kurum ve kuruluşları zor duruma sokmaktadır. Artan bu maliyetlere karşı dünya ülkeleri hastanelerde sağlanan hizmetlerin karşısında evde bakım yöntemini benimseyerek maliyetleri düşürmeye çalışmakta ve bu yöne ilişkin politikalar üretmeye çalışmaktadırlar (Oğlak, 2007'den aktaran: Balta,2022: 21). OECD, sağlık maliyetine yönelik yaptığı araştırmalarda milli hasıla düzeylerinde ülkelerin sağlık giderlerini açıklamıştır. 1990'dan başlayıp 2019'a kadar geçen dönemlerde milli hasıla düzeylerinde sağlık giderlerinin en yüksek olduğu ülke %99,99 ile Birleşik Krallık olmuştur. İkinci sırada %91,66 ile Japonya, üçüncü sırada 77,14 ile Türkiye bulunmaktadır. Global düzeyde, sağlık giderleri 2019 yılında 8,5 trilyon\$ olmuştur. Giderlerin %60'ı devlet, %40'mahalli ve özel kuruluşlar, %0,21'ide başka ülkelerden sağlanan kaynaklar aracılığıyla finanse edilmiştir (Balta, 2022: 22).

Ülkelerin küresel düzeyde sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Özellikle teknoloji devi olan Japonya ve üzerinde güneş batmayan ülke olarak nitelendirilen Birleşik Krallık'ın sağlık harcamaları yönünde zorlandığını ifade edebiliriz. Yaşlılığın küresel düzeyde sorun olması ve ilerleyen dönemlerde de yaşlı nüfus oranlarının artacağı düşüncesi, ülkeleri epey bir zor duruma sokacağını göstermektedir. Buna çözüm olarak benimsenen evde bakım hizmetlerinin her dönem geliştirilmesi ve buna yönelik çalışmaların eğitimli bireyler tarafından yapılması, hizmet kontrolü dolayısıyla maliyetlerinde düşürülmesini sağlayabilir.

#### **1.12.5. Engelli Nüfus Oranının Artması**

Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu çalışmalar sonucunda dünya toplumlarında yaşayan engelli bireylerin 1 milyarı geçtiği ve birçoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşamını sürdürdüğü ifade edilmiştir. Aynı zamanda engele sahip olan bireylerin %46'sı yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üstü nüfustan oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarla çocuklarda engelli olma durumunun 10'da bir olduğu kadınlarda ise 5'te bir oranında olduğu düşünülmektedir. Engelli olma durumu farklılıklar teşhis etmekle birlikte engelli bireylerin birçoğu ayrıntılı olarak bakım hizmetlerine gereksinim duymaktadır (Sülün, 2021). Engelli nüfusun dünyada artış göstermesi ve bu bireylerin çeşitli engellerden ötürü hayatlarını idame ettirmekte zorluk yaşaması düşünüldüğünde, gündelik hayatlarını rahat bir şekilde geçirmeleri ve ihtiyaçlarının temini için yaşadıkları evde bakım hizmetlerinin detaylı olarak verilmesinin gerektiği ifade edilebilir.

### 1.13. Evde Bakım Hizmetini Sunan Bakıcılar ve Roller

Yaşlı bireylerin bakım hizmetinin yaşadığı evde verilmesi halinde, bakım yükünden genellikle o hanede bulunan kadınlar sorumlu olmaktadır. Ailedeki görevleri fazla olan kadınlara yaşlı bakımı da yüklendiğinde psikolojik olarak zorlanmaktadırlar (Arpacı ve Ersoy 2001'den aktaran: Öztop vd., 2008: 44). Bireylere sunulan evde bakım hizmetinin memnuniyeti ve kalitesi, bakım yükünü üstlenen bireylerin hoşgörüsü ve niteliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Bakıcılık rolünü üstlenen aile bireylerinin engelli bireylerin bakımı hususunda herhangi bir eğitim almalarına gerek yoktur. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nün yürütmüş olduğu evde bakım hizmetinde bakıcı olan aile bireylerinin bu konuda sertifikaya sahip olması ve eğitim almış olmaları gibi şartlar aranmaktadır. Bu sebeple bakım hizmetlerinin kalitesi bakıcının ekonomik durumu, kültürü ve sağlık durumuna göre haneden haneye farklılık göstermektedir (Karataş, 2011: 52).

Bakım yükünü üstlenen bireylerin bu hususta yapmış olduğu bütün hizmetler bakım olarak ifade edilmektedir. Bu hizmetler ev işlerinin yapılması, bireyin temizliğinin yapılması vb. hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım hizmeti konusunda yardıma ihtiyaç duyan bireylere kendi evlerinde olduğu gibi bakım yükünü üstlenen bireyin evinde de yardımlar yapılmaktadır (Stone vd. 1987'den aktaran: Uğur 2006: 30). Bakım yükünü üstlenen bireyler duygusal olarak çökmekte ve bakım hizmetini verirken üzerlerinde oluşan baskıyı yönetme hususunda zorlanmaktadırlar. Yapılan araştırmalar, bakım yükünü üstlenen bireylerin zihinsel ve fiziksel olmak üzere birçok hususta sorun yaşadıklarını göstermektedir. Zamanının kısıtlı ve dar olması, işyerinde yaşanan problemler, ekonomik gücün değişmesi ve aile bireyleriyle yaşanan tartışmalar, bakım yükünü üstlenen bireyin yaşadığı sıkıntılardan bazılarıdır (Uğur, 2006: 32).

Bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarının ve isteklerinin ailesi tarafından görülmesi, bireyin daha rahat ve huzurlu olmasını sağlasada, yapılan çalışmalar bakım yükünü üstlenen bireylerin yaşının ilerlemesi, bu konuda aldığı desteğin kısıtlı olması ve ekonomik gücünü sağladığı iş dolayısıyla problemler yaşadığını göstermektedir (Karahana ve Güven, 2002: 158).

Bakım hizmetinin uzun bir dönemi kapsamaması bu hizmeti üstlenen bireylerin ilişkilerini, hayat akışında yaptığı aktiviteleri, eğitim ve kariyer planlamalarını bir süreliğine askıya almalarına neden olmaktadır. Ayrıca bakım süresi boyunca üstlerine düşen görevleri yapamama konusunda kaygıya düşerek sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getirememesi korkusu içerisindeyler. Bireyi psikolojik olarak etkileyen bu unsurlarla beraber ilgilenmesi gereken sorumlulukları da vardır. Birey bakıma muhtaç kişinin insanlarla olan muhabbetinin kopmadan sağlıklı bir şekilde devam etmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca bunu sağlarken bireylerle sosyal dayanışma içerisinde olmaya çalışmalıdır. Bireyin ihtiyaçlarını giderirken, kişisel durumları dikkate almalı ve bunu bir plan çerçevesinde yapmalıdır. Çünkü her bireyin kişisel durumu farklılık göstermektedir. Bireye davranışında saygı ve sevgi içerisinde olarak, bağımsızlık hareketlerine cevap vermelidir. Zihinsel

olarak güçlü olmalı, davranışlarında sabır ve özveriden yana tutum sergilemelidir (Seyyar 2004'ten aktaran: Karataş, 2011: 53).

Bireylere sunulan bakım, ihtiyaç duyulması halinde sağlanan bir hizmet değildir. Bakım yükünü üstlenmiş olan bireylerde kapsam içinde olmalıdır. Bireyler bu hizmeti sunarken faaliyet gösterdikleri işlerini kaybedecekleri düşüncesinde olmamalıdır. Bu süreç içerisinde kendi istek ve ihtiyaçlarını göz ardı etmemelidir. Bireyin bakım hizmetini sunarken istek ve ihtiyaçlarının giderilmesi, zihinsel olumsuzlukları bertaraf ederek, özverili bir durumun oluşmasına katkı sağlayacaktır. Bireyin sosyal ve psikolojik yaşantısının dengeli bir şekilde sürmesi, bakım hizmetinin olumlu bir şekilde devam etmesini sağlayacaktır (Öztürk, 2009: 114).

#### **1.14. Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Karşılaştıkları Sorunlar**

Bireylere sunulan bakım hizmeti süresi boyunca, bakım yükünü üstlenen bireylerin olağan hayat akışında değişiklikler meydana gelmektedir. Bakım yükünü üstlenen bireyler hayatları boyunca yaşamadıkları durumlarla karşı karşıya kalmakta ve bu durumlarla mücadele içerisine girmektedirler. Oluşan bu yeni durumlar bireylerin sağlık durumlarının, aile yaşantılarının ve toplumdaki ilişkilerinin zedelenmesine sebebiyet vermektedir (Schulz ve Sherwood 2008'ten aktaran: Öztürker ve Öztürker, 2023: 79).

Bu konuda yapılan çalışmalar bakım yüküyle karşı karşıya kalan bireylerin, bağımsızlıklarının zedeleniği, ekonomik güçlerinin zayıfladığı, toplumsal ilişkilerinin sekteye uğradığı ve sorumluluk karmaşası yaşadıklarını göstermiştir. Bakım hizmetini yüklenen bireylerde sigara ve alkol kullanımı artış göstererek sağlıklarının bozulmasına neden olmuştur. Aynı zamanda uyku düzeninin bozulması, vücudun yorgun düşmesi, yemek yiyememe ve eklem ağrıları gibi problemler de baş göstermiştir. Bakım hizmeti süresinin belirsiz olması, bakım verilen bireyle birlikte bakım yükünü üstlenen bireyin de sağlığının bozulmasına ve bu konuda destekten mahrum kalması gibi sebeplerle psikolojik problemler yaşayarak öfke, sinir ve stres durumlarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Uzun bir süreyi kapsayan bakım hizmetinde bireyler arkadaş gruplarından koparak ilişkilerini kısıtlamış, bu da toplumsal ilişkilerini zedelemiştir. Zedelenen ilişkiler sonucu bireyler yalnızlık hissiyle karşı karşıya kalmışlardır (Öztürker ve Öztürker, 2023: 78-92).

Gün boyunca bakım hizmetinin verilmesi, bireylerin işten ayrılma durumuyla karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. Bakım hizmeti boyunca masrafların çok olması ve bireylerin işlerinden ayrılmaları sonucu ekonomik güçlükler yaşanmaya başlamıştır. Bu durum süresince alınan evde bakım maaşı, bireylerin ekonomik anlamda bir nebze rahatlamasını sağlamıştır. Bireylerin tuvalet ve banyo gibi ihtiyaçlarının oluşması durumunda temizlik ve hijyen yönünden problemler yaşanmıştır. Çünkü bu ihtiyaçların normal bir bireye göre çok olması, yaşanan ortamın hijyen ve temiz olup olmaması yönünde kaygıya sebep olmuştur. Bireye bakım hizmeti verilirken yaşanan evde onun

için uygun bir ortam hazırlanmalıdır. Evleri yeterince büyük olmayan bireyler bakım verilen kişiye özel bir oda hazırlayamamakta ve bağımsız olarak vakit geçirmekten mahrum kalmaktadırlar. Bu da ev içerisinde rahat hareket etmelerini zorlaştırmaktadır (Çakır ve Yaman, 2021: 111-114).

Günümüzde hepimiz bakım hizmetini yüklenme göreviyle karşı karşıyayız. Çünkü bizim de aile bireylerimiz yaşlanma sürecine girecektir. Her ne kadar bizim de kendi üzerimizde farklı sorumluluklar olsada aile bireylerimizin bakım görevi de sorumluluklarımız arasındadır. Kimi aileler de yaşayan çocuklar büyükanne ve büyükbabalarının bu hizmete ihtiyaçlı olduğu zamanlarda yanlarında olarak nasıl bir hizmet verildiğini görmüştür. İlerleyen yıllarda kendi anne ve babaları da bu durumla karşı karşıya kaldıklarında gördüklerinden hareketle bu hizmeti verebilmektedirler. Bu hizmetin yapıldığı aileler de yaşayanlar, henüz bakım hizmeti yapılmamış ailelere göre biraz da olsa avantajlıdır. Çünkü gördüklerinden ve geçmişte yaşadıklarından hareketle çıkarımda bulunabilirler. Unutulmaması gereken şudur: bir gün hepimiz yaşlanacağız.

### **1.15. Evde Bakım Hizmetlerinde Rol Alan Meslek Grupları**

Evde bakım hizmetleri; hemşireler, hekimler, beslenme uzmanları ve fizyoterapistler gibi birçok meslek grubu tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetin günlük ihtiyaçlardan tıbbi ihtiyaçlara kadar farklı alanları kapsaması birçok meslek grubunun bakım hizmetine dâhil olmasına neden olmuştur (Beşer ve Topçu, 2018: 49). Hekimler, evde bakım hizmeti sunulan bireyin sağlık kontrolünün yapılması, sağlık danışmanlığının verilmesi, kullandığı ilaçların yazımı, kontrolü ve ihtiyaç halinde sağlıktaki başka alanlara yönlendirilmesi konusunda bireylere yardımcı olmaktadır. Hemşireler, evde bakım hizmeti sunulan bireyin günlük durumları hakkında doktora rapor verilmesi, bireyin kullandığı ilaçların düzenli bir şekilde alınmasının sağlanması, tansiyon ölçme gibi hizmetlerin bireyin yaşadığı yerde sunulması ve aile bireylerinin bu sürece dahil olmasında yardımcı olmaktadır. Fizyoterapistler, bireylere konulan tanı üzerinden fizyoterapi hizmetinin sunulması, engelli ve yaşlı bireylerde görülen tanı kaybı, eklem hastalıkları gibi durumlarda verilen sağlık hizmetine yardımcı olunması, gerektiği durumlarda bireylere özel tedavilerin sunulması, egzersizlerinin düzenli bir şekilde yaptırılması ve bu süreçte doktora rapor sunulmasından sorumludur (Elevli, 2012: 49).

Sosyal hizmet uzmanları ise bakım hizmeti gören bireyin aile üyelerinde oluşan psikolojik rahatsızlıkları azaltmak ve bu durumların üstesinden gelebilmelerini sağlamak, bireyin ihtiyaçlarını göz ardı etmeden ileriye yönelik programlarını yapmak ve hastayla birlikte ailesinin de toplumdaki diğer hizmetlerden faydalanmasını sağlamanın yanı sıra, oluşacak yeni durumlara adapte olma konusunda danışmanlık verme, problem çözme ve problemlerle başa çıkma konusunda öğretim verme, bireyin farklı ihtiyaçları halinde bunların giderileceği yerleri öğretme ve aile bireyleriyle ortak hareket etme gibi konular da yardımcı olurlar (Hasgül, 2016: 17).

Evde bakım asistanlığı ise ekonomisi güçlü olan ülkeler de talep gören ve gelir düzeyi yüksek olan bir meslektir. Hastanede ameliyat olduktan sonra ilgilenilmesi gereken bireyler, doğum yaptıktan sonra evde tedavi gören kadınlar, kısa süreli olarak ilgilenilmesi gereken hasta bireyler, aşı vurulması ve takibinin gerekli olduğu bireyler bu hizmetten yararlanmaktadırlar. Türkiye’de bu meslek dalı son zamanlarda yerini almıştır (Çalık, 2016).



## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. TÜRKİYE’DE BAKIM HİZMETLERİ ve YAŞLI NÜFUS

Yaşlılık olgusu bireyde bulunan fiziksel ve ruhsal güçlerin eskiye oranla azalması ve buna bağlı olarak günlük hayatında denge kurma potansiyelinin azalarak, fiziksel ve ruhsal gücün kullanılamaması durumudur. Bireyin çocukluk, gençlik ve yetişkinlik dönemlerini yaşadktan sonra gelen bu dönem bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik anlamda büyük bir değişime uğradığı dönemdir. Bireyler hayatın olağan akışında hiç yaşlanmayacakmış gibi hayatlarına devam ederler ve bu dönem geldiğinde yaşlılık halini kabul etmeleri zorlaşır. Dünya genelinde yaşlı nüfus oranı genel nüfus içinde gittikçe artmaktadır. Artan yaşlı nüfus demografik yapıyı değiştirmekle beraber, yaşlı bireylerin problemlerinin daha net bir şekilde görülmesini sağlamaktadır. Gelişmiş ülkeler bu konuyu daha önceden tahmin ederek sosyal güvenlik ve sosyal refah alanlarında yapmış oldukları reformlarla yaşlı bireyleri korurken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler bu konuda plan ve programları tam olarak hayata geçirememiştir (Danış, 2009: 68).

Artan yaş ile birlikte fonksiyonel yetersizlikler gün yüzüne çıkmaktadır. Bu yetersizliklerin fiziksek duygusal ve zihinsel olmak üzere 3 türü bulunmaktadır. Fiziksel performans, bireyin yürüme ve koşma gibi günlük hayatta sıkça yaptığı şeyler üzerinden değerlendirilir. Duygusal performans, bireylerin yaşadıkları çeşitli olaylara verdikleri tepkiler üzerinden değerlendirilir. Zihinsel performans ise bireylerin rasyonel kapasitesini belirlemek için yapılan testler yoluyla değerlendirilir (Tekin Samancı ve Kara, 2017: 221).

Yaşlanma ekonomik ve toplumsal olmak üzere birçok soruna yol açmaktadır. Yaşlanan birey, yaşadığı aile ortamında eskisi kadar sevilmediği ve kendisine saygı duyulmadığı gibi her yaşlının duyabileceği duygulara kapılmaktadır. Aile yapısının değişmesiyle birlikte yaşlılar yalnız kalmakta, bu da dışlanma sorununun gün yüzüne çıkmasına neden olmaktadır. Bireylerin yaşı ilerledikçe yeterli görülmemekte, bu da sosyal hayatta kendilerine daha az yer bularak pasif kalmalarına sebep olmaktadır. Ayrıca yaşlanan bireylerin teknolojiye ayak uyduramaması sonucu istihdam konusunda da dışlanmasına neden olmaktadır. Bu hususta dışlanan bireyler yoksulluk sorunu ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Eser ve Küçük, 2021: 543-544).

Yaşlı olarak kabul edilen 65 ve üzeri yaşta bulunan bireyler Türkiye’de dalgalı bir seyir izleseler de yapılan araştırmalar da Türkiye nüfusunda yaşlı birey sayısının giderek arttığı saptanmıştır. Ayrıca bu yaş grubu diğer yaş gruplarına göre daha hızlı bir artış göstermektedir. Yıllar

itibariyle artan yaşlı nüfus oranı 2022 yılında %9,9 seviyesinde olmuştur. İlerleyen yılları kapsayan araştırmalarda da bu oranın giderek artacağı düşünülmektedir (Soydan vd., 2023: 704-706).

Dolayısıyla yaşlanmaya bağlı sebeplerle Türkiye’de bakıma muhtaç kişi sayısı artacak ve bununla ilgili önlemler alınması gerekecektir. Nüfusun yaşlanması Türkiye’deki sağlık ve bakım hizmetlerine olan ihtiyacı artıracak ve bu yönde yapılan harcamalar artış gösterecektir. Yaşlılar başta olmak üzere bakıma muhtaç olan bireylerin bakım hizmetleri ülke ekonomileri ve insan sağlığı için önem bir yer teşkil etmektedir. Bunun yanında bakım hizmetleri, bu konuda yapılan çalışmaların maliyetini gidermek amacıyla güçlü bir kaynağa gerek duymanın yanı sıra, bu konuda çalışma gösterecek uzman personele de ihtiyaç duymaktadır.

### **2.1. Türkiye’de Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi**

Türkiye tarihi boyunca yaşlılara önem veren bir toplum olmuştur. Türk kültürüne yerleşmiş olan sevgi vb. duygular yaşlıların aile ortamında merkezde olmasını sağlamıştır. Toplumumuz da yaşlılarla ilgili olan kalıplara bakıldığında, cinsiyeti ne olursa olsun ata olarak görülen bu kişiler ailenin merkezinde olur ve korunurdu. Bu kişiler öldükten sonra da manevi değerleri aile içinde kalmaya devam ederdi. Eski Türkler de var olan kabile yaşamıyla birlikte tecrübeli olan yaşlıların saygınlığı artmış ve toplumda bu olgu töreleşmiştir. Türklerde bakım hizmetleriyle ilk olarak İslamiyet öncesi inanç sisteminde dini ritüelleri ve ayinleri düzenleyen kişiler olarak bilenen ‘‘Kam’’ ve ‘‘Baksı lar’’ ilgilenmiştir. İlerleyen dönemler de ‘‘Otacı’’ ‘‘Emçi’’ ve ‘‘Atasagun’’ adı verilen hekimler bu hizmetleri yürütmeye devam etmişlerdir. Dönemin şartları göçebe yaşama sebep verdiğinden bu tür hizmetler ev ortamında sağlanmıştır (Gürer, 2021: 23).

İslam dini inanın bir gereği olarak yaşlıları korumak amacıyla 11. yüzyılda Selçuklular tarafından yaşlılara yönelik ilk kurum açılmıştır. 12. ve 13. yüzyılda Selçuklular tarafından bimaristan ve darüşşifa adıyla çok sayıda hastane ve rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur. Hasta ve engelli bireylerin bakım ve rehabilitasyon hizmetleri yönünden bimaristanlar, tıp tarihinde önemli bir yere sahiptir. Çünkü bimaristanlar içerisinde ‘‘miskinler tekkesi’’ oluşturulmuştu. Buralarda bakıma muhtaç akıl hastalarıyla ilgilenilmekte ve ihtiyaçları giderilmekteydi. Osmanlı imparatorluğu her fetih hareketinden sonra zengin olan kişiler ve devlet adamlarının sunduğu imkanlarla vakıf adı altında sosyal bakım hizmeti veren kuruluşlar oluşturmuştur. Osmanlılar; Selçuklu devletinin mirasçısı olarak bu devlet tarafından kurulan sağlık ve sosyal alanda faaliyet gösteren çoğu kuruluşun işleyişini aynen kabul ederek bu kuruluşların ilerleyen yıllarda da görevlerini devam ettirebilmeleri için vakıf gelirlerini artırmışlardır. Bunun yanı sıra bu kuruluşlara daha kapsamlı olan külliyele de inşa ederek eklemişlerdir (Koç, 2017: 3-47).

Orta çağ Avrupa’sında şeytani olarak söylenen bazı bulaşıcı hastalıklarının olduğu düşünülen bireylerin yakıldığı bir dönemde, Osmanlılar cüzamlı olarak da söylenen bu bireyleri Leprozoryum

denen bakım yerlerinde gözetim altına alırdı. Bakıma muhtaç olan bu bireylerin geçimleri ise vakıf gelirleri aracılığıyla sağlanırdı. Sosyal terapi adı altında bazı cüzamlılara duvarlarla çevrili bahçelerde tavuk ve keçi gibi hayvanları besleme imkânı sağlanırdı. Günümüzde belediye ve kamu kurumları tarafından görülen sosyal bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı, Osmanlılar döneminde vakıflar tarafından görülmekteydi (Koç, 2017: 3-47).

Osmanlıda aşhane, medrese, akıl hastanesi gibi insan sıhhati ve tahsili ile ilgili sosyal amaçla çok sayıda kurum inşa edilmiştir. Edirne’de inşa edilen 2. Bayezid Külliyesi de bunlardan bir tanesidir. Mimari ve şehircilik yapısı bakımından inşa edilişi, havalandırma sistemleri, akıl hastalarının tedavisi ve tehlikeli hastaların izolasyonu gibi faktörler dikkate alındığında, batı toplumları böyle çok yönlü kurumları 18 ve 19. yüzyıllarda inşa edebilmiştir. Diğer önemli kurumlardan birisi olan Süleymaniye Darüşşifası ise 40-50 yatak ve 30 kişilik çalışana sahip olmasının yanı sıra diğer kurumlardan farklı olarak nöroloji bölümünü de içerisinde bulundurmaktaydı. Osmanlının duraklama dönemi olan 17 ve 18. yüzyılın sonlarında yaşanan ekonomik sıkıntılar sebebiyle sağlık ve bakım hizmetlerinde yenileşme sağlanamamış, fakat var olan kurumlar halkın ihtiyaçlarını gidermeye devam etmiştir (Koç, 2017: 3-47).

Tanzimat’tan önceki dönemde Osmanlıdaki sağlık ve bakım hizmetleri İslami ritüellere göre yürütülmekteydi. Tanzimat’la beraber gelen batılılaşma hareketleri Osmanlı da var olan sağlık ve bakım hizmetlerinin değişimine sebep olmuştur. Bimarhane olarak bilinen sağlık kurumları hastane adını almaya başlamıştır. Osmanlı devletinin son dönemlerine doğru yaşlı ve bakıma muhtaç kişilere yataklı bakım hizmeti vermek amacıyla 1895 yılında 2.Abdülhamit tarafından İstanbul’da Darülaceze (Düşkünler Evi) kurulmuştur. Darülacezenin kuruluş amacı ise kendisini idame ettirecek gücü olmayan kişileri, kendilerine bakmakla yükümlü kişilerin bulunmaması, bulunup da bu kişiler de kendini geçindiremiyorsa, bu durumdaki kişilerin ihtiyaçlarını gidermektir. Osmanlının çöküş dönemine girmesiyle beraber yaşanan ekonomik sıkıntılar, gerilimler ve sürekli yapılan savaşlar sebebiyle sağlık ve bakım hizmetleri yetersiz bir hal almıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra 1930 yılında yasalaşan 1580 sayılı hüküm ile yerel yönetimlere bakıma muhtaç olanların özellikle yaşlıların koruma altına alınması görevi verilmiştir. Yaşlılara yönelik sunulacak hizmetlerin sağlanması hususunda ev yapma ve bu konuyu idare etme görevinin yerel yönetimlere yüklenmesi üzerine birçok şehirde aceze, düşkünler ve huzurevleri inşa edilmiştir. Aynı zamanda inşa edilen güçsüzler yurdu ile yaşlılara yönelik yapılan ve yatılı hizmet verilecek olan müesseselerin sayısı artırılmıştır. Koruma altına alınması gereken bakıma muhtaç yaşlı, engelli ve çocukların iyileştirme ve bakımlarının yapılması için 1963 tarihinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurularak müdürlük bünyesinde 1966 yılında Konya ve Eskişehir olmak üzere iki tane huzurevi inşa edilmiştir. Müesseselerin güncellenmesi sürecinde 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur (Koç, 2017: 3-47). Bunların yanı sıra birçok kurum ve kuruluş oluşturulmuştur. Yönetmelikler ve yönergelerle birlikte yeni kurallar



getirilmiştir. Kapsamının detaylı olduğu bu güncellemeler ve kurumlar ilerleyen bölümlerde detaylıca anlatılmıştır.

## **2.2. Türkiye’de Bakım Hizmetlerinin Hukuki Yanı**

Bireylere sunulacak olan muayene hizmetinin yaşanılan evde yapılması, Türkiye’de ilk olarak 1934 yılında Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesi ile başlamıştır. Evde sunulacak olan muayene hizmeti, ilk olarak hastalığı sebebiyle kontrolünün hastane de imkânsız olduğu kadınlar için uygulama alanı bulmuştur. Bulaşıcı hastalıkların bireylerde çok görüldüğü bu zamanlar da yapılan uygulama, idarenin insanların sağlığına verdiği önemi göstermektedir. Bulaşıcı hastalıklara yönelik kullanılan ilaçların olmadığı ve tedarik edilemediği bu zamanlar da cinsel yoldan bireyden bireye geçen hastalıkların denetim altında tutulması amaçlanmıştır (Çoban vd., 2014: 162).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun bireylere yönelik olarak düzenlediği evde bakım hizmetlerinin günümüzde sunulan bakım hizmetleriyle uyuşmadığını söyleyebiliriz. Çünkü o dönemlerde bulaşıcı hastalıkların bireyden bireye geçmemesi için yapılmış bir düzenlemedir. Ayrıca ilk başlarda kadınların kapsama alınması, günümüzde daha çok yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetleriyle çelişmektedir.

Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname ile evde sunulan muayene hizmetleri köylerdeki bireylere de uygulanmış ve tedavinin evde uygulanması bir hizmet türü olarak sisteme dahil edilmiştir. Bireylerle ilgili olan sağlık uygulamalarının düzenlendiği bu zamanlar da köylere de hizmet götürülmesi, nüfusun büyük bir bölümünün bu hizmetten yararlandığı anlamına gelmektedir. Çünkü o dönemler de toplam nüfusun %76’sı köylerde yaşamını sürdürmektedir. Hava Harbinden Korunmada Yurt Sıhhat İşleri Talimatı ile informal bakım Türkiye’deki yerini almış ve bireylere yönelik ziyaretlerin olacağı kararlaştırılmıştır. Aynı zamanda informal bakım sürecinden formal bakıma doğru ilerleyiş 1801 ve ilerleyen yıllarda gerçekleşmeye başlamıştır (Çoban vd., 2014: 162).

Emniyet Teşkilat Kanunu ile evlerde sunulacak olan tedavi hizmetinin kurum çalışanlarını da bünyesine alması sağlanmıştır. Diğer bir ifadeyle kanun, hangi tür hastalık olursa olsun kamu çalışanlarına tedavi hizmeti sunmak üzere düzenlenmiştir Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme İdaresi çıkardığı talimatname de yaptığı değişikliklerle evde sunulan tedavi ve muayene uygulamalarına birtakım kurallar koymuştur. Çalışma saatlerinin dışında birey hizmet görmek isterse bu hizmeti sağlayacak olan doktorun yol ücretini bizzat kendisi karşılayacaktır. Ayrıca hizmetin sunulacağı saatte bireylerin evde olmaması, hizmet için gerekli belgelerin hazırlanmaması ve adresin doğru olmaması gibi durumlarda da bu hizmet için öngörülmüş giderler bizzat birey tarafından ödenecektir (Çoban vd., 2014: 163).

Getirilen bu kurallarla gereksiz hizmet talebi engellemeye çalışılmıştır. Birinci beş yıllık kalkınma planında, evde sunulacak olan tedavi hizmetleri için çalışma gruplarının oluşturulması ve bu konuda teşekküllerin kurulması hedeflenmiştir. Aynı zamanda kurumda sunulacak olan tedaviye bir seçenek olarak görülen evde tedavinin, masrafları düşürmesi hedeflenerek bu hizmet türünün geliştirilmesi öngörülmüştür. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, sunulan hizmetlerin benimsenmesi ve bireyler de kalıcılığının yüksek seviye de olmasını hedeflemiştir. Bu yönetmelikle çalışma saatleri içinde hasta bireye yaşadığı yerde sunulacak olan hizmetin doktorun isteğine bırakılması öngörülmüştür. Futbol Müsabakalarında Müşterek Bahis Müdürlüğü, düzenlediği yönetmelikle, doktor haricinde diğer sağlık çalışanlarının bireylere sunacağı bakım hizmetinin maliyet konusunu düzenlemiştir. Ayrıca bu yönetmelik hemşireleri kapsamakta olup, iğne yapma gibi hizmetlerin sunulmasını sağlamıştır (Çoban vd., 2014: 163).

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ile evde yapılan tedavi sırasında iğne yapma ve damar yolu açma gibi hizmetlerin resmî kurumlarda çalışan sağlık personeli tarafından sunulmasının önü açılmıştır. Bu hizmetlerin resmî kurumlarda çalışan sağlık personeli tarafından yapılamaması durumunda, yetkin başka bireylerden bu hizmetlerin alınarak ücretinin kurumca belirlenen fiyatı aşmayan bölümünün giderilmesi hükme bağlanmıştır. Evde bakım hizmetinin uzun bir süreyi kapsayacak şekilde ifade edilmesi, Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında yönetmelikle olmuştur (Çoban vd., 2014: 164). Tüm bunlardan hareketle evde bakım hizmetinin Türkiye’de ortaya yeni çıkmış bir durum olmadığını ve evde tedavi, ziyaret, sağlık gibi kavramlardan türetilerek bugünkü kavramsal şeklini aldığını ifade edebiliriz.

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri konusunda, Umumi Hıfzıssıhha, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile 1980 sonrası yapılan düzenlemeler önemlidir. Hukuki olarak bakıldığında, evde bakıma yönelik oluşumlar 2005 yılı itibariyle yapılmaya başlanmıştır. Yasal boyutu Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile gerçekleşmiştir (Özer ve Şantaş, 2012: 99). Geçmişten günümüze bazı kelimelerden dönüşümle bugünkü halini alan evde bakım hizmetleri farklı kanunlar çerçevesinde anlatmaya çalışılmıştır.

### **2.2.1. İdarenin Evde Bakım Hizmetlerinde Hukuki Yanı**

Türkiye’de idarenin bireylere yönelik düzenlediği bakım hizmetleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı güdümünde sunulmaktadır. Evde bakım hizmetlerine yönelik, idarenin geçmişten bugüne kadar yaptığı yasal düzenlemeler; Umumi Hıfzıssıhha, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sosyal Hizmetler Kanunu olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca Özürlüler Kanunu ve engellilere ilişkin çıkartılan yönetmelik ve yönergeleri bulunmaktadır (Selek Öz, 2010: 123). Çocuklardan yaşlılara kadar büyük bir toplum grubuna sunulan bakım hizmetlerinin

farklı bakanlık ve alt birimlerinin güdümünde olması ve bu bakanlıklarla birlikte alt birimlerin yönetmelikler çıkarması yasal anlamda bakım hizmetlerin karmaşık bir yapıya sahip olmasına neden olabilir. Dolayısıyla tek bakanlık çatısı altında yapılacak olan bakım hizmetlerinin karmaşayı ortadan kaldırarak hizmet kalitesinin artmasını sağlayabilir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın güdümünde olan bakım hizmetleri için teşkilatta alt birimlerde oluşturulmuştur. Bunlardan birisi  ks z Yetim ve Gündüz Hizmetleri Daire Başkanlığıdır. Anne ve babası olmayan çocukların bakımı, topluma kazandırılması ve korunması için çalışmalar yapmak ve bu konudaki çalışmaları destekleyerek diğer kurumlarla yardımlaşma içinde olmak görevlerinden bir tanesidir. Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı ise çocuklara verilen bakım hizmetinin yanında, eğitim ve zihinsel olarak ilerlemelerini sağlamak için çeşitli çalışmalar yapmak, görevlerinden bir tanesidir.  ocuk evleri siteleri, başkanlığın güdümünde bakım hizmeti sunan modellerden birisidir. Bir diğer alt birim Koruyucu ve  nleyici Hizmetler Daire Başkanlığı ise bakım hizmeti sunan başkanlık personeline olağandışı durumların oluşması durumlarında rehberlik sunumunu sağlamaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, t.y).

Tüm bu bilgilerden hareketle bakanlığın bakım hizmetinin sunulması yanında bu hizmeti sağlayan kurum  alışanlarınada farklı durumların baş göstermesi durumda eğitici programları vererek, hizmet kalitesinin düşmesini engelleyici çalışmaları yaptığı söyleyebiliriz.

## **2.2.2. Umumi Hıfzıssıhha Kanun'unun Bakıma Yönelik Hukuki Yanı**

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile ev ziyareti kavramından resmi bir şekilde ilk kez bahsedilmiştir. Ev ziyareti, küçük yaşta olan bireylerin ev ortamında hemşireler tarafından genel sağlık ve gelişimlerinin takip edilmesini içermektedir. Ayrıca dispanserlere kayıtlı olan küçük yaştaki bireylerin takibi ve destek olunması hususunda da düzenlemeler içermektedir. Cumhuriyet döneminde bireylere koruyucu sağlık hizmeti sunmak amacıyla düzenlenmiş olup, günümüzde hala yürürlükte bulunmaktadır ( oban vd. 2014:159).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 67. maddesinde bireylerde salgın hastalık teşhis edilmesi durumunda bu hastalığın takip ve tetkikatının kolaylaştırılması için hastanın bizzat evinde muayene edilmesi ve gerekli hallerde evdeki diğer bireylerinde muayene edilmesini içermektedir. Aynı kanunun 72. maddesinde hasta ve hastalığa maruz kalanların serum veya aşı tatbikinden ve karantina hallerinden bahsedilmektedir. Ayrıca 83. maddede evlerinde karantina altına alınan bireylerin kendi ve ailelerinin beslenme ihtiyaçlarının hükümet tarafından sağlanacağı söylenmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanununda düzenlenen evde bakım hizmetlerine genel olarak bakıldığında, bulaşıcı ve salgın hastalıkların topluma yayılmasını önlemek amacıyla gerekli tedbirlerin alındığı görülmektedir. Dolayısıyla günümüzdeki evde bakım hizmetleriyle aynı anlamı taşımamakta ve dönemin şartlarına

paralel olarak salgın ve bulaşıcı hastalıklar yönünden evde bakım hizmetlerini düzenlediği görülmektedir (Selek Öz, 2010: 124).

Bireylere yönelik sunulan muayenenin yaşanılan evde yapılması, Türkiye’de 1934 yılında yayımlanan Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesi ile birlikte olduğunu, evde muayene kavramının hastalığı sebebiyle kuruma gelemeyecek olan kadınlar için geçerli olduğunu ve antibiyotik üretmenin zor olduğu böyle bir dönemde cinsel yolla bireylere bulaşan hastalıkların kontrol altına alınmaya çalışıldığını ifade etmiştir.

### **2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Bakımından Evde Bakım Hizmetleri**

Türkiye’nin sağlık politikaları 1960’lı yıllara gelindiğinde aşınmaya başlamıştır. Çünkü sağlık hizmetleri ülkede bulunan bireylere eşit olarak sunulamamış ve koruyucu sağlık hizmetleri istenilen düzeyde gelişme göstermemiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri il ve ilçe düzeyli kalmakla beraber bulaşıcı ve salgın hastalıklara bağlı ölümler aynı hızda devam etmiştir. Türkiye’de 1961 anayasasıyla birlikte Türkiye Cumhuriyeti Devleti kendisinin sosyal statüde bir devlet olduğunu ifade ederek koruyucu hizmetleri ve halkın sağlığının korunması için yapılacakları bir ödev olarak benimsemiştir. Bu çerçevede 5 Ocak 1961 tarihinde genel kurulda kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, yılın ilk ayında yürürlüğe girmiştir. Kanunla, bütün ülkede halkın sağlık seviyesini yükseltmek, koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi ve bu hizmetlerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Tedavi hizmetleri, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir unsur olarak kapsama alınmıştır. Azınlıkta kalan bir birey topluluğuna sunmakla birlikte maliyetinin istenilen düzeyin üstünde olması, hastane bakımına karşı bireylerin yaşadıkları hanede tedavi hizmeti sunarak toplumun tüm kesimine yayılabilen bir sağlık örgütünün kurulması amaçlanmıştır. Nitekim sosyalleştirmenin ana ilkelerinde, her ekibe ihtiyacı olan ulaşım aracının sağlanacağı ve sunulacak olan hizmetin yaşanılan yer fark etmeksizin, bireylerin zahmetsiz bir şekilde gereksinimlerinin olduğu vakitler ulaşılabilecek bir tarz da örgütlenecektir şeklinde ifade edilmiştir. Kanun tasarısının ilk halinde sosyalleştirilen yerlerdeki bireylerden prim alınması ifade edilse de Maliye Bakanlığı buralardaki bireylerin gelir seviyelerinin düşük olması ve prim toplamının zorluğunu belirterek bu hükmü kanun metninden çıkarmıştır. Sağlık Bakanlığı, sosyalleştirmede görevlendirilecek personel ve tıp öğrencilerinin yetiştirilmesi amacıyla sağlık eğitim araştırma bölgeleri (SEAB) kurulmasını destekleyerek, bu hususta gerekli alt yapı çalışmalarını oluşturmuştur. 1964 yılında yapılan bir protokolle ‘‘Etimesgut Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi’’ kurulmuştur. Bu bölgede yapılan çalışmalar başarılı yönetimden dolayı istenilen düzeyde gerçekleşmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 22-25).

#### **2.2.4. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu Bakımından Evde Bakım Hizmetleri**

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu 27.05.1983 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Selek Öz, 2010: 125). Türkiye’de çocuklara yönelik uygulanacak olan bakım hizmetleri bu kanun çerçevesinde yürütülmektedir. Kanun koruma altına alınacak olan çocukları; zihinsel, fiziksel ve edep yönünden ilerleyişleri risk altında olan, ebeveynleri olmayan ya da ebeveynleri tarafından ihmal edilen bireyler olarak ifade etmiştir. Bakıma ihtiyaç duyan ve koruma altına alınması gereken bu çocukların eğitilmesi, halkların ilerleyen dönemlerdeki gelişimleri için son derece önemlidir. Çocuk bakımının ve korumaya ilişkin faaliyetlerin kendi ailesi tarafından yapılması, fakat bu durumun imkânsız olması halinde bakım ve koruma için başka yolların denenmesi, kanunun temel amaçlarından birisidir. Çocuklara bakım ve koruma hizmeti vermek için oluşturulan çocuk yuvaları, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunda, 12 yaşına kadar olan çocukların fiziksel ve zihinsel yönden ilerlemelerini sağlamak için çalışmalar yapmak ve sağlıklı olmalarını sağlamak için oluşturulan kuruluşlar olarak ifade edilmiştir. Çocukların oluşturulan bu kuruluşlardaki hizmetlerden faydalanabilmeleri için gerekli olan şartlar, Çocuk Yuvaları Yönetmeliğın de belirtilmiştir. Ayrıca çocuklara sağlanacak olan desteğın çeşitleri, kalitesi ve yöntemi Yetiştirme Yurtlarının Kuruluş ve İşleyişine İlişkin Yönetmelik’de ifade edilmiştir (Şenocak, 2006: 178-181).

Bu kanun çerçevesinde oluşturulan yaşlı hizmet merkezleri ise bir hanede yaşamakla birlikte zihinsel anlamda problemi olmayan yaşlı bireyin beyhude geçen zamanlarını toplumsal aktiviteler ve ilişkilerle doldurarak sağlıklı bir yaşam sürdürmelerinde yardımcı olmak, ailesiyle birlikte ya da tek başına yaşamını sürdüren çeşitli hastalıklara sahip olan yaşlı bireylerin yaşam şartlarını iyileştirmek, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarında yardımcı olmak, kendi ihtiyaçlarını gidermede zorluk çektiğı durumlarda destek vermek, gerekli olduğı durumlarda ailesiyle olan paylaşım ve dayanışmayı sağlamayı hedeflemektedir (Çohraz, 2010: 124).

#### **2.2.5. Özürlüler Kanunu Bakımından Evde Bakım Hizmetleri**

Özürlüler Kanunu 01.07. 2005 tarihinde 5378 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Selek Öz, 2010: 127). Kanuna göre engelli, oluştan ya da başka sebeplerle fiziksel, zihinsel vb. özelliklerini farklı seviyelerde yitirmesi sebebiyle toplumla tutarlı olma ve bireysel ihtiyaçlarını giderme de zorlanan, bakım ve koruma faaliyetlerine gereğı olan kişi olarak ifade edilmiştir. Buradaki engelli tanımı, bu gerçekliğe bio-psiko-sosyal anlamda gelişim getirilmeye çalışıldığını göstermektedir. Kanunda bu bireylere bakım konusunda destek verilirken yaşamsal, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerinin göz önünde bulundurulacağı ifade edilmiştir. Kanunda engelli bireyler hafif, ağır ve bakıma muhtaç olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Gruplara ayrılmaları kriterler vasıtasıyla olmuştur. Bakıma muhtaç engelli engellilik tasnifine göre, sağlık kurulundan alınan

bildirgeyle ağır engelli kapsamında değerlendirilenlerden yaşamın olağan akışındaki ihtiyaçları büyük oranda sağlayamaması sebebiyle diğer bireylere ihtiyaç duyanlar olarak ifade edilmiştir. Bakıma muhtaç durumda olan engellilere kanuni olarak ilk defa Özürlüler Kanunu'nun da yer verilmiştir. Kanun, bu bireylerin yaşadıkları yerde rahat ve esenlik içerisinde olmalarını, toplumsal hayatta başkalarına ihtiyaç duymadan ve üretken olabilecek şekilde bakım hizmetlerinin sunulmasını, gereksinim duyanlara kısa ve uzun vadede evde bakım hizmeti sunulmasının esas olduğunu ifade etmiştir. Bakım, kurum ya da evde olacak şekilde sağlanmaktadır. İlk önce bireye toplumsal ortamdan ilişkisi kesilmeden hizmet verilmeye çalışılır. 10. maddeyle birlikte engelli bireylere sunulacak olan rehabilitasyon uygulamalarının görünümü ifade edilmiştir. Rehabilitasyon hizmetleri, yaşam içerisinde olma ve eşitlik çerçevesinde bireylerin ihtiyaçlarını gidermek için sunulmaktadır. Engelli ve ailesinin hizmetin sunumu sırasındaki plan ve programlara etkin bir şekilde katılması esas olarak görülmektedir. Kanunla birlikte bu hizmetin maliyeti devlet tarafından karşılanarak, bütün engellilerin yararlanması sağlanmıştır (Güngör ve Güneş, 2012: 33-34).

#### **2.2.6. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirtilmesine İlişkin Yönetmelik Kapsamında Evde Bakım Hizmetleri**

Bakıma gereksinim duyan engelli bireylere sunulacak olan hizmetleri, hizmete yönelik ücret ve ödemelere ilişkin kural ile kaideleri belirlemek amacıyla Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirtilmesine İlişkin Yönetmelik, 30.07.2006 tarihinde 26244 Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Selek Öz, 2010: 129). Mezkûr yönetmelikte, bakım gereksinimi bulunan engellilere verilecek hizmetler olarak; vücut, ağız ve diş temizliklerinin sağlanması, barındıkları alanların ve giydikleri kıyafetlerin temizliğinin yapılması gibi kişisel bakım hizmetleri verilmektedir. Aynı zamanda engelli bireyin toplumsal yaşama adapte olabilmesine yönelik çeşitli faaliyetlerin organize edilmesiyle, engelli bireyin bu tarz faaliyetlerde bulunması sağlanarak yalnızlık vb. olumsuz hislere kapılmasının engellenmesi gibi sosyal destek hizmetleride yer almaktadır (Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 2006: madde 9).

Engelli bireylere yönelik düzenlenen bu yönetmelik incelendiğinde, bireylere yönelik kişisel bakım hizmetlerinin eksik bir alan bırakılmadan sunulduğu görülmektedir. Çünkü kişisel bakım çok yönlü bir kavramdır ve birçok alana hitap edebilmektedir. Dolayısıyla Türkiye'de engelli bireylere yönelik kişisel hizmetlerin çok yönlü bir şekilde sunulduğunu ifade edilebilir.

#### **2.2.7. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Bakımından Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri**

Sağlık Bakanlığı bireye yaşadığı yerde sunulacak olan hekimsel hizmetlerin özüne yarar bir şekilde toplumsal olarak devam ettirmeyi tasavvur ederek, amme görevi olarak verebilmek için

eğitim, inceleme ve çeşitli hastaneler oluşturmuştur. Oluşturduğu bu hastaneler kapsamında kurduğu Evde sağlık hizmeti birimleri, toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimleri aracılığıyla hizmet sunmak için 1 Şubat 2010 yılında, Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'yi düzenleyerek işlerlik kazandırmıştır. Düzenlenen bu yönergenin amaçları aşağıda sıralanmıştır (Yücel ve Ünal, 2015: 89);

- Yaşadığı yerde hekimsel hizmetlere gereksinim duyan bireylerin kan değerlerinin incelenmesi ve kontrolünün yapılmasının sağlanması,
- Bireylere ve aile üyelerine sosyal ve zihinsel şekilde yapılacak yardımların bütünsel bir biçimde sunulması,
- Hedeflenen doğrultular kapsamında ilgili bakanlıkça, gerekli hizmetleri yürütecek ekiplerin oluşturulması ile koordinasyonunun sağlanması ve,
- Yürütülen hizmetlerin teftişine yönelik kaidelerin tayin edilerek, bireylere sunulan hizmetlerin sosyal devlet anlayışı çerçevesinde aktif ve kolay elde edilebilir bir biçimde sağlanmasını temin etmektir.

Evde sağlık hizmetlerinin ani başlaması sebebiyle ortaya çıkan aksaklıklar görüldükçe, çalışmalar yapılarak düzeltilmeye çalışılmıştır. Yapılan bu yönergede dönüşümler sağlanması amacıyla 2011 ve 2012 tarihlerinde farklı yönergeler düzenlenmiştir. 2011 yılında düzenlenen Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'de Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ile evde sağlık hizmeti boyunca gün yüzüne çıkan gereksinimlerin giderilmesi; saptanan problem ve noksanlıkların çözüme kavuşturulması ve hizmet mahiyetinde olan bireylerden ağız ve diş problemi çekenlere, hizmet sunumu sağlanabilmesi hedeflenmiştir. Düzenlenen ve aynı adı taşıyan diğer yönergeyle ise bireyleri sevk ve taşıma için kullanılan vasıtaların, barındırması gereken meziyetleri belirlemek ve bu konuda hizmet verecek olan çalışanların aynı kıyafeti giymesi hususunda düzenleme yapılması için oluşturulmuştur. Mühim bir düzenleme gereği olan yönerge, 2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik şeklinde geçerlilik kazanmıştır. Bireylere sunulan evde sağlık hizmetleri ifade edilen bu yönetmelikle faaliyetlerini devam ettirmektedir. Gereksinimi bulunan bireylerin inceleme, bakım, tahlil vb. olguların yaşadığı yerde sunulması, hizmet sunulan birey ve aile üyelerine toplumsal ve zihinsel yardımların bütünsel bir şekilde verilmesi gayesiyle Bakanlık ve oluşturulan birimler aracılığıyla takdim edilecek olan hizmetlere şekil kazandırmak hedefler arasındadır. Ayrıca nakil ve yönetimi için kurumlar arasında anlaşmanın olması yönünde kural ve kaideleri tanımlamak; sunulacak olan hizmetlerin sosyal devlet görüşüne mutabık bir şekilde, ülke çapında denk, nitelikli, ulaşılabilir, aktif ve faydalı biçimde sunulmasını sağlamak yönetmeliğin amaçlarındandır. Yönetmelik kapsamında üç çeşit hizmet birimi kurulmuştur (Yücel ve Ünal, 2015: 89-92).

Bunlardan T tipi hizmet birimi, toplum sağığı merkezleri bünyesinde faaliyet göstermektedir. İlk görevi, bireylere yönelik evde sağıık hizmetini bir nevi ikram etmektir. Hizmet sunulan birey sayısı gün içerisinde on ya da daha fazlaysa bu hizmet birimi işlerlik kazanmaktadır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na ilişkili bir şekilde kurulan hastaneler tarafından oluşturulan H tipi, fizik tedavi gibi hizmetleri bireylere sunmaktadır. D tipi ise Ağız ve Diş Sağıığı Merkezleri içerisinde faaliyet gösteren birimlerdir ve bu konulara yönelik hizmet vermektedirler (Çelik Güzel ve Toprak, 2018: 18).

2017 yılında evde sağıık hizmetlerine yönelik farklı bir düzenleme oluşturulmaya başlanmıştır. Farklı olan bu düzenleme için mevzuat yönünde faaliyetlerin ilk adımının atıldığı bildirilmiştir. Oluşturulacak olan mevzuatla evde sağıık hizmetleri, Sağıık Bakanlığı'na bağıık hastanelerin bünyesine verilmiştir. Bu hizmetin devredilmesiyle beraber hizmete dair çalışan, vasıta, araç ve gereç otomatik olarak Sağıık Bakanlığı'na bağıık hastanelerin bünyesine geçmiştir. Aile hekimleri ve toplum sağıığı merkezleri kapsam dışı kalmıştır. Bu kurumlarda kaydı olan bireylerin adresleri hastanelere bildirilerek faaliyetlerin tek yerden yönetilmesinin önü açılmıştır. Yapılan tüm bu çalışmalar mevzuatın çekirdeğı oluşturulmadan gerçekleştirilmiştir (Doğusan, 2019: 689-690).

#### **2.2.8. Yerel Yönetimlerin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna Yönelik Yasal Düzenlemeleri**

Sosyal belediyecilik, sosyal statüsünü içerisinde barındıran devletin bireylere sunmuş olduğu hizmetlere belediyelerinde katılarak ortak bir anlayış çerçevesinde hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi olduğu söylenebilir. Belediyeler, artık olağan olan bayındırlık hizmetlerinin yanında bakım hizmetleri gibi sosyal alanlarda da faaliyet göstermektedirler. Gösterilen bu faaliyetlerden fazla bir şekilde kadın, çocuk ve yaşlı gibi dezavantajlı gruplar yararlanmaktadırlar. Ayrıca ortaya çıkan sosyal belediyecilik kavramı gücünü Belediye ve Büyükşehir Belediye Kanunlarından almaktadır (Şener ve Tekin, 2020: 143). Türkiye'de yerel yönetimler uyguladıkları bakım hizmetleri konusunda parasal kudretleri ve bu hizmete yönelik hassasiyetleri çerçevesinde hareket etmektedirler. Dolayısıyla yerel yönetimlerin bakım hizmetlerindeki rolleri, bu hususlar çerçevesinde, belediyeden belediyeye değişiklik göstermektedir. Gelirlerin ve kaynakların kıtlık göstermesi, bu hizmetlerden iktisadi ve toplumsal açıdan zorluk yaşayan bireylerin faydalanmasının ana kistas olmasını sağlamıştır (Aybars, 2019: 136).

Türkiye'de sağıık konusunda yapılan çalışmalara ilk olarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda rastlanmaktadır. Kanun belediyelere, çocuğunun dünyaya gelmesine az bir süre kalan annelere karşılıksız yardım kapsamında ebe sağılanması, eczane bulunmayan yerlerde eczane küşadı ve kalabalık yerlerde toplumun esenlik ve sağıığına gölge düşüren bireyleri izole gibi görevler yüklemiştir. Belediyelerde çoğı müdürlüğün sağıık ile ilgili görevi olmasına karşın, bu hizmetlerde aslan payı sağıık müdürlüklerindedir. Bu müdürlükler, belediyelerin düzenlemiş olduğu mevzuat



çerçevesinde oluşturulmuştur. Kanun kapsamında belediye ile bağlı kuruluşları yıllık sözleşmeyle veteriner, uzman tabip, ebe ve hemşire çalıştırabilir. Fakat hasta tedavisi yapabilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak gereklidir. Belediyeler, hastalara sundukları sağlık hizmetlerinin yanı sıra kolesterol, hipertansiyon gibi hastaların taramasını ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 126 ve 127. Maddesinin kapsamında portöy muayene hizmetlerini de sunmaktadır (Gürün, 2018: 128-132).

Aynı zamanda düzenlenen kanun, sosyal işler konusunda da yerel yönetimlere ödev ve mesuliyet vermiştir. 14. Maddeye göre nüfusu 100.000'i aşan belediyelerin kadın ve çocuklar için koruma evleri açmaları gerekir. Aynı madde'de belediyelerin bireyleri sıhhati için kuruluş kurabileceğini ifade etmiştir. Kanun, belediye başkanına beldenin sıhhatinin sağlanması için bu yöndeki her kuruluşun kurulabileceği yetkisini vermiştir. Kanun, belediye başkanına beldenin dirlik ve esenliğini sağlamak için olması gereken tedbirleri sağlamasını bir görev olarak yüklemiştir. Kanunun 60.maddesinde, yoksul ve muhtaç ile özürlü bireylere yapılacak olan sosyal yardımlar belediyelerin giderleri arasında sayılarak, bu hususta kaynak ayrılması gerektiğini söylemiştir. Kanunun 77.maddesinde ise belediyenin yardım hizmetleriyle yaşlı, kadın, çocuk ve engellilere yapılacak olan hizmetlerde tasarruf, verimlilik ve beldeye dayanışmayı sağlamak amacıyla gönüllü kişiler için programlar düzenleneceği söylenmiştir (Toprak ve Şataf, 2009: 17-18).

### **2.2.9. Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Yasal Çerçevesi**

Türkiye yaşlı nüfus oranının giderek arttığını ifade etmiştik. Artan yaşlı nüfus oranlarıyla beraber yaşlı bakımı problemlerin başında seyretmektedir. Devletin bu konuda çalışmalarını yerel yönetimlerle beraber yaptığını ve yerel yönetimlerin olağan hizmetleri dışında artık sosyal hizmetlere de özellikle bakım hizmetleri konusunda faaliyet gösterdiğini ifade edilmişti. Bunları yanı sıra artan yaşlı nüfusla birlikte özel sektöründe bu hizmetleri sunmaya başlayacağı çıkarımında bulunulabilir. Çünkü özel sektör hizmetlerinin maliyeti bizzat birey tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla maddi gücü yüksek olan bireyler bekleme olmaksızın daha iyi hizmet almak isteyebilirler. Özel sektörde artan bu ihtiyaç karşısında bir nevi pastadan alacağı payı düşünerek bakım hizmetleri sektörüne yönelebilir.

Yaşlanan nüfusla beraber hastalıkların artması, özel olarak bakım hizmeti sunan kuruluşların artacağı düşüncesini doğurmaktadır. Özel sektörden bakım hizmeti alanlar, genellikle maddi durumu iyi olan bireylerdir. Çünkü birey bizzat aldığı hizmetin maliyetine katlanmaktadır. Özel sektör, evde bakım hizmetine yönelik faaliyetlerini Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'den hareketle yürütmektedir. 10.03.2005 tarihinde yayımlanan yönetmelik bireylere hizmet veren kuruluşların faaliyete başlaması, çalışma durumu ve yapılan faaliyetleri incelenmesi hususunda kurum, kuruluş, özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilerin itaat etmesi gereken kuralları bildirmiştir. Yönetmeliğe göre, evde bakım hizmetini sunacak olan sağlık kuruluşları verdikleri

hizmet, faaliyet durumları ve personellerinin niteliğine göre birim ya da merkez olarak kurulabilirler. Merkezler, tabiplerin sorumluluğunda asgari standart ve personelinin desteğiyle sadece evde bakım hizmetini vermektedir. Birimler ise, hastane, özel dal merkezleri ya da poliklinik olarak mevzuatına uygun bir şekilde ruhsatlandırılmış, özel sağlık kuruluşlarının içerisinde personeliyle birlikte bakım hizmetlerini sunmaktadır. Evde sağlık hizmetini sunacak olan bu kurum ya da kuruluşlarda en az iki hekim, bir tanesinin isteğe göre ebe olması imkanıyla birlikte dört tane hemşire ve sağlık memurunun olması zorunludur. Evde bakım hizmeti sunacak olan birim ya da merkez psikolog, fizyoterapist ve diyetisyen gibi sağlık çalışanlarını da bünyesinde bulundurabilir. Evde bakım hizmetlerinde devamlılık esas olduğu için hizmetin gerekliliği ve hasta bireyin talebine göre hizmet kesintisiz olarak sürdürülebilir. İhtiyaç halinde belli saatlerde de bu hizmetin sunulması mümkündür. Evde bakım hizmetini almak isteyen birey telefonla arayarak ya da bizzat kuruma giderek başvuru yapabilir. Kurumda görevli olan personel, hizmeti almak isteyen kişiye gerekli bilgileri verir. Bu görüşmeden sonra hizmeti almak isteyen bireyle hekim ya da hemşire görüşme gerçekleştirir. Birey yaşadığı evde hekim ya da hemşire tarafından ziyaret edilerek, yaşanan evin şartları ve bireyin ihtiyaçları tespit edilir. Hekim tarafından bireyin tanısı koyulur ve hemşire tarafından bakım planı oluşturulup hekimin onayına sunulur. Değişikliklerin arz etmesi durumunda bakım çerçevesi bu duruma göre tekrar planlanır. Gerekli görüldüğü hallerde diğer uzman hekimlerle de evde bakım hizmetini alacak olan bireyin durumu görüşülür. Evde bakım hizmeti için yapılan plandan sonra, hekimin haricindeki sağlık personelinin çalışma saatleri ve görev dağılımı belirlenir. Evde bakım hizmetini sunan kurum ve kuruluşlar acil durumlarda hasta bireyi ambulans ile sağlık kuruluşuna naklettirmekle yükümlüdür. Ayrıca evde bakım hizmeti sunulurken, kullanılan araç ve gereçlerin kontrol ve temizliğinden bizzat sorumludurlar (Selek Öz, 2010: 138-139).

Günümüzde toplumun beklemiş olduğu bakım hizmetlerine yönelik olarak özel şirketler kurulmaktadır. Bu şirketlerin sunmuş olduğu hizmetlerin finansmanı mevcut olan sigorta sistemlerinin içerisinde olmadığından, bireylerin büyük bir kesimi yararlanamamaktadır. Bu şirketlerin sunmuş olduğu bakım hizmetlerinden evde bakım poliçesine sahip olan bireyler faydalanmaktadır. Geçmiş yıllarda özel kuruluşların evde bakım hizmeti hemşirelik hizmetleriyle sınırlı iken, yapılan yasal düzenlemelerle beraber multidisipliner ekipleri içerisinde barındıran bakım müesseseleri oluşturularak gün yüzüne çıkartılmıştır (Aydın, 2005: 18).

### **2.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerine Olan Gereksinim**

Daha önce bakım hizmetlerini ortaya çıkaran nedenlerin aile yapısındaki değişimler, özellikle geniş aileden çekirdek aile yapısına geçiş, sağlık teknolojisinde yaşanan gelişmeler ve hastane maliyetlerinin yüksek olması gibi durumlar olduğunu ifade edilmişti. Özellikle sağlık teknolojisinde yaşanan gelişmeler bireylerin sağlıklarının daha iyi yönde olmasını sağlayarak, daha fazla hayatta kalmalarını sağlamıştır.

2020 yılı itibarıyla Türkiye’de yaşlı nüfus oranı olarak kabul edilen bireylerin toplam nüfus içerisindeki büyüklüğü, birçok Avrupa ülkesindeki toplam nüfustan daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye’de yaşlı nüfusun artması, ülkenin yaşlı kategorisine geçiş yaptığını göstermektedir. TÜİK’in yayımlanmış olduğu istatiki verilere göre, 2010 yılında Türkiye’de 5,3 milyon olan yaşlı bireylerin sayısı hızla artarak 2020 yılında 7,9 milyon olmuştur (Yakar ve Özgür, 2022: 233-236).

Türkiye’de yaşlı nüfus oranının artmasıyla beraber toplumsal olarak düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Geçmiş yıllarda geleneksel olarak geniş aile ve kırsal nüfus toplumda yaygınken günümüzde kırdan kente göçle birlikte kentsel nüfus ve çekirdek aile yapısı ön plana çıkmıştır. Çekirdek aile yapısının yaygın hale gelmesiyle birlikte yaşlı bireyler geniş ailede var olan otoritelerini kaybetmişlerdir. Bununla beraber yaşlı bireylerin toplumsal sorunları artmaya başlamıştır. Tıptaki gelişmelerle birlikte yaşam süresinin artması ve nüfustaki yaşlı birey sayısının giderek çoğalmasıyla yaşlı bakımının, devlet kurumları ve aile bireyleri tarafından paylaşılması gerekmektedir. Çünkü sosyal devletin görevlerinden biri de yaşlıları korumaktır.

#### **2.4. Türkiye’de Evde Bakım ve Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve Değerlendirme**

Evde bakım ve sağlık hizmetlerine yapılan başvuru ve değerlendirme, 27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Madde 17’de ifade edilmiştir.

“Başvuru; hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da Ek-3 ‘de yer alan ‘Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu’ doldurularak veya TSM/AHB’ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır. Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmeti ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, müdavi hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. Koordinasyon merkezi, yapacağı ön değerlendirme neticesinde taleplerini uygun görülen hasta için, ikamet ettiği yerin yakınlığını, sağlık hizmeti ihtiyacının düzeyini ve hasta yoğunluğunu dikkate alarak; uygun gördüğü birimi ya da hastanın kayıtlı olduğu AHB’yi görevlendirir. Görevlendirilen birim ya da AHB tarafından yapılan yerinde değerlendirme sonucunda başvurusu olumsuz neticelenenler ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de iletilir. Hasta, bu neticeye ilişkin yeninden değerlendirme talebiyle evde sağlık hizmetleri komisyonuna müracaat edebilir. Hizmet seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri hususlarda birimler arasında ihtilafa düşülmesi halinde konu, evde sağlık hizmetleri komisyonu marifetiyle karara bağlanır. Evde sağlık hizmetleri komisyonunun kararı kesindir. Evde sağlık hizmetleri komisyonu karar alana kadar koordinasyon merkezinin kararı doğrultusunda hizmet verilir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında olmayan başvuru sahipleri, koordinasyon merkezi tarafından, talep edilen hizmet ile ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirilir”.

## 2.5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Ölçütleri

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı ve Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmetini hasta bireylere sunarken, Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı ise evde bakım hizmetini sağlıklı olan yaşlı birey ve bakıma muhtaç engelli bireylere sunmaktadır. Hizmet sunulurken bakıma muhtaç olan engelli ya da yaşlı bireylerin korunması, maddi ve manevi kayıplarının giderilmesi, sorunlarının ve ihtiyaçlarının giderilmesi, hayat şartlarının iyileştirilmesi amaçlanmıştır (Aybars, 2019: 122)

Türkiye’de bakıma muhtaç engelli bireyin evde bakım hizmetlerinden yararlanma ölçütü, 30 Temmuz 2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik Madde 5’te şu şekilde belirtilmiştir:

“Mülki amirler, sağlık kuruluşları, köy muhtarları, genel kolluk kuvvetleri ve belediye zabıta memurları, çevrelerinde bulunan bakıma muhtaç engellileri bakım hizmetlerinden yararlandırılması amacıyla il/ilçe müdürlüklerine bildirebilirler. Ayrıca diğer kamu kurum ve kuruluşları, vatandaşlar, engellilerin kendileri ve akrabaları da bildirimde bulunabilirler. Engellinin bildirimini müteakiben engelli veya talep edilen hizmetler hakkında bildirimde bulunan kişi ile il/ilçe müdürlüklerinde ön görüşme yapılır. Bakıma muhtaç engellinin bakım hizmeti talebi doğrultusunda Bakım Hizmetleri Talep Formu düzenlenir”.

Türkiye’de Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik de düzenlenen Madde 2’ye göre; hizmetlerin ücretlendirilmesi şu şekilde ifade edilmiştir:

“Bu yönetmelik her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri esas alınmak suretiyle kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3’ünden daha az olan bakıma muhtaç engellileri, bu engellilere verilecek bakım hizmetlerini, hizmetlerin ücretlendirilmesini ve ücretlerini ödenmesini kapsar”.

2010 tarihin de yayımlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliğe” göre engelli bireylerin özel bakım merkezlerinden yararlanabilmeleri için tüm temel tıbbi birimlerin yer aldığı sağlık kuruluşlarından sağlayacakları sağlık heyeti raporunda, engelli oranlarının %50 ve üzeri olması gerekmektedir. Yapılan bu düzenlemelerden yoksunluk içerisinde, sosyal güvenlik kurumuna tabi olmamakla birlikte ebeveynleri olmayan engelli bireyler ücret ödmeden yararlanmaktadırlar (Aybars, 2019: 113).

Hayatın gerçeklerinden biri olan yaşlanma, hayatın belirli bir döneminden sonra gelmekte ve bireyleri bakıma muhtaç olmasını sağlamaktadır. Yaşlanan bireylerin, ihtiyaçlarıyla ilgilenecek kimsenin olmaması ve ekonomik gücünün hayatını sürdürmeye yeterli olmaması durumunda bakıma muhtaç hale gelen bireyler yaşamlarını sürdürmede zorlanacaklardır. Bu çerçevede sosyal devlet kavramı öne çıkacaktır. Çünkü sosyal devletin amaçlarından bir tanesi de bakıma muhtaç hale gelen bireyleri korumak, bakımlarını sağlamak, maddi ve manevi ihtiyaçlarını gidermek ve son dönemlerinde insana yaraşır bir şekilde yaşamalarını sağlamaktır. Bu amaçlar doğrultusunda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yaşlı bireylere yönelik sosyal hizmet çalışmaları yapmakta, yaşlılara yönelik kurulan huzurevlerinin ülke içerisinde dengeli bir şekilde kurulmasını ve yaşlı ihtiyaçlarına cevap vermesini sağlamaya çalışmaktadır. Yaşlıların korunmasını sağlayacak önlemleri alarak, bu konuda çalışma yapan gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerinin açtığı kurumları denetlemekte ve hizmet alanlarını gözden geçirerek açılış onayını vermektedir. Bakanlık, yaşlıların kurum bakım yerine, kendi sosyal alanlarında bakımının sağlanması gerektiği yönünde bir düşünceye sahiptir ve bu konuda çalışma ve yatırımlarını titizlikle devam ettirmektedir. Bu bilgiler ışığında bakanlık evlerinde aile bireyleri tarafından ihtiyaçları giderilmeye çalışılan bakıma muhtaç yaşlı bireyleri ekonomik durumlarına göre desteklemekte, bakım görevini üstlenen aile bireylerine ise asgari ücret tutarında destek vermektedir (Genç ve Barış, 2015: 42).

Yaşlı bakım hizmetlerine yönelik kurulan kuruluşlara yaşlı kabulü işlemleri, 7 Ağustos 2007 tarih ve 26960 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği Madde 9’da şu şekilde ifade edilmiştir:

“Valilikten açılış onayı alıp, açılış izin belgesi düzenlenen kuruluşa yaşlı kabulü yapılır ve kuruluş hizmete geçer. Valilikten açılış onayı alınmamış, açılış izin belgesi düzenlenememiş huzurevi ve/veya huzurevi yaşlı bakım merkezi adı altında izinsiz hizmet veren yerlerin faaliyeti durdurularak 32’nci madde hükümleri uygulanır”.

Yönetmeliğin 26’ncı maddesinde kuruluşa yaşlı kabulünde izlenecek yol şu şekilde belirtilmiştir:

“Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda elli beş ve üzeri yaşlarda olma şartı aranır. Ancak elli beş yaşın altında olan kişilerin zorunlu hallerde kuruluşa kabulü; hazırlanacak sosyal inceleme raporu sonucuna göre sorumlu müdürün teklifi ve il müdürlüğünün onayı ile yapılır. Kuruluşa yaşlı kabulünde; dilekçe, T.C Kimlik Numarası beyanı, yaşlının bulaşıcı hastalığı bulunduğu takdirde bu hastalığın enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanının toplu yaşam yerlerinde kalmasına mani bir bulaşıcı hastalık olmadığına dair raporu ile akıl ve ruh sağlığının yerinde veya 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (h) bendinin (1) numaralı alt bendinde belirtilen özelliklere sahip olduğunu, uyuşturucu madde ve alkol bağımlısı olmadığını kanıtlayan ve yaşlının huzurevi hizmetinden veya yaşlı bakım merkezi hizmetinden yararlanmasının uygun olacağını belirten özel

veya resmi sağlık kuruluşlarının yalnızca ilgili b6l6mlerinden alınacak sağlık durumlarını g6sterir rapor istenir. Yaşlının bunlar dışında tıbbi takibi gerektiren kronik bir hastalığı var ise bu hastalığa ait b6l6m uzmanından veya ilgili kliniklerden alınacak tabip raporunda ayrıca belirtilir. Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda ırk, renk, cinsiyet, dil, tabiiyet, din, siyasi d6ř6nce, felsefi inan6 ve eğitim y6n6nden hi6bir ayırım yapılmaz ve ge6mişteki mahkumiyetleri g6z 6n6ne alınmaz. Belgeleri tamamlanan ve d6zenlenen, sosyal inceleme raporuna g6re değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir”

Bu şartları taşımayan yaşlılar evde bakım ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Parasal durumları 6l66s6nde 6zel kuruluşlardan bu hizmeti almaya 6alışmaktadırlar.

## **2.6. T6rkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Sunumu**

Bakıma muhta6 olan yaşlı, engelli ve hasta bireylerin ihtiya6ları birbirinden farklı olabilmektedir. Bu ihtiya6lar g6z 6n6nde bulundurulurken bireylerin istekleri doğrultusunda giderilmektedir. Nitekim, 30 Temmuz 2016 tarih ve 26244 sayılı Resm6 Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhta6 Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmet Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Y6netmelik Madde 9’da bakım hizmetlerinin ne şekilde sunulduğu ifade edilmişti.

Yaşlı bireylere 6zel bakım b6l6m6nde verilecek hizmetler, 7 Ağustos 2008 tarih ve 26960 sayılı Resm6 Gazete’de yayımlanan 6zel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Y6netmeliği Madde 25’te belirtilmiştir. Mezk6r y6netmelikte, bakım merkezlerinde kalan yaşça b6y6k olan bireylerin yemek ihtiya6larının giderilmesi, hekim 6nerisi dikkate alınarak merkezde g6revli diyetisyenlerce uygun 6đ6nlerin oluşturulması, duş almalarının sağlanması, v6cut ve elbiselerinin temizliğinin sağlanması, farklı bir sağlık kuruluşunda tedavi g6rmeleri gerektiğinde tedavi s6resince yanında bulunacak ve yaşlı bireylerin ihtiya6larını gidermesine yardımcı olacak personel g6revlendirilmesi gibi hizmetlerin sunulduğu belirtilmektedir (6zel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Y6netmeliği, 2008: madde 25).

Yaşlı hizmet merkezlerine ilişkin hizmet sunumu ise 7 Ağustos 2008 tarih ve 26960 sayılı Resm6 Gazete’de yayımlanan “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak G6nd6zl6 Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Y6netmelik” Madde 25’te belirtilmiştir. Mezk6r y6netmelikte, yaşça b6y6k olan bireylere sunulacak olan hizmetlerin, g6nd6zl6 ve evde bakım olmak 6zere iki şekilde sunulduğu g6r6lmektedir. G6nd6zl6 bakım 6er6evesinde, zihinsel olarak sağlık problemi bulunmayan yaşlıların toplumsal yaşamdan kopmaması ve insanlarla sosyal ilişkilerinin devam ettirilmesine y6nelik faaliyetler d6zenlenmektedir. Zihinsel y6nde rahatsızlığı bulunan bireylere ise yalnız veya aileleriyle yaşayıp yaşamadıklarına bakılmaksızın sosyal faaliyetler d6zenlenmekte ve kendi başlarına yerine getiremedikleri g6ndelik ihtiya6larının karşılanması sağlanmaktadır. Evde bakım hizmeti 6er6evesinde, zihinsel ve bedenlen herhangi bir rahatsızlığı bulunmayan, ancak birlikte

yaşadığı ailesinin ve çevresindeki yakınlarının pasif kaldığı durumlarda, yaşlı bireyin yaşadığı yerin düzenlenmesi ve gündelik ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik faaliyetler sunulmaktadır. Ayrıca yaşça büyük olan birey ve aile üyelerinin bu konudaki isteklerine göre, sunulacak olan hizmet gün ve saat farketmeksizin sunulabilir. Evde bakım hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerin, maddi durumlarının ve kendileriyle ilgilenecek kimselerin olmaması durumunda, kapasiteye göre hizmet sunulduğu belirtilmektedir (Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, 2008: madde 25).

Bireylere sunulacak olan bakım hizmetlerinin ücretleri konusunda da yönetmeliklerde düzenleme yapılmıştır. Engellilere yönelik sunulan bakım hizmetlerinin ücreti, “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” Madde 13’te belirtilmiştir. Yatılı olarak, gün içerisinde kesintisiz bir şekilde hizmet sunulan engelli bireyler için iki aya tekabül eden asgari ücret tutarını, gündüzlü biçimde sunulan hizmetlerden 8 saat yararlanılması halinde bir aylık asgari ücret, dört saat yararlanılması halinde asgari ücretin yarısının bakım merkezlerine yatırılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca engelli bireyin bakım konusundaki ihtiyaçlarını hısımları gideriyorsa, bu bireyler için bir aya tekabül eden asgari ücret oranında ödeme yapılması gerektiği ifade edilmiştir (Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmetleri Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 2006: madde 13).

Yaşlılara yönelik hizmet veren kurumların ücret tahsili konusunda da yönetmeliklerde düzenlemeler yapılmıştır. Nitekim ücret tahsili “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri yönetmeliği” madde 28’de belirtilmiştir. Yaşlı bireyin kurumda hizmet görmesine yönelik prosedürler sağlandığında, bireye sunulacak hizmetler için aylık bakım parası tutarında depozito tahsil edilir. Tahsil için makbuz kesilerek, bu belgenin bireyde bulunması istenir. Teftiş olması durumunda bireyin kesilen makbuzu görevliye vermesi şarttır. Hizmet gören bireyin şahsına ait sebeplerden ötürü kurumu terk etmesi durumunda ödediği depozitoyu isteme hakkı bulunmamaktadır. Aynı zamanda alınan ücretler karşısında yeni ücretlerin talep edilemeyeceği ifade edilmiştir (Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008: madde 28).

### **2.6.1. Aile Hekimliği Bünyesinde Sunulan Evde Bakım Hizmetleri**

2004 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ile 2005 yılında aynı isimle çıkarılan yönetmelik sonucu aile hekimlerine yönelik mevzuat neticelendirilmiştir. İlk olarak, Düzce’de başlatılan bir uygulamadır. İlerleyen yıllarda uygulanan şehir sayısı artmıştır. 2010 tarihiyle ülke çapında var olan bir uygulama haline gelmiştir. Uygulama kapsamı ülke çapında genişledikten sonra mevzuata, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği dahil olmuştur (Yayın ve Alper, 2023: 131).

Türkiye’de hizmet veren aile hekimlerinin ilgilendikleri hasta bireylerin sayısı, diğer ülkelere göre çoktur. Aile hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerin yoğun poliklinik olarak sunulması, bu nedenden ötürüdür. Ev ziyaretlerine yönelik çalışmalarını bu nedenden dolayı dar bir zaman çerçevesinde gerçekleştirmektedirler. Oysa aile hekimliği disiplininin dolayı hekimlerin ev ziyaretlerini sıkı tutmaları gerekmektedir. Aile hekimlerinin gerçekleştirecekleri ev ziyaretiyle birlikte hizmet sunacakları bireylerin özelliklerini ve değerlerini öğrenmeleri kolaylaşacaktır. Hasta bireyin kullandığı ilaçların takip edilmesi, yaşadığı ortamın değerlendirilmesi, kronik hastalıklara yönelik yapılacak müdahaleler ve bakım veren bireyin kontrolü gibi sebeplerden dolayı, aile hekiminin ev ziyaretlerinde bulunması gerekmektedir. Hekimin vereceği hizmeti hasta bireyin evinde vermesi ve buranın kontrolü dışında olması, yaşadığı güçlüklerden birisidir. Aile hekimleri yaptıkları ziyaretler sırasında hizmet vereceği bireylerin özelliklerine göre kendisine hedef saptamaktadır. Hasta bireylerin işlevsel kapasitelerini korumak, aile hekimlerinin en önemli hedeflerinden birisidir. Demans hastalarına yönelik hedef ise öncelikle ev güvenliğinin sağlanmasıdır. Evde bakım hizmetinin sunulması aile hekimliği sisteminin bir unsurudur. Aile hekimleri hizmet verecekleri bireylere yönelik olarak ev ziyaretleri gerçekleştirmeli, verilecek hizmet uzun bir süreyi kapsayacak ise hizmeti sunarken özel ve kamu bakım birimleriyle iş birliği içerisinde olmalıdır. Bu hizmete olan talebin artacağı düşünüldüğünde aile hekimlerinin kontrol ettiği birey sayısının düşürülmesi ve bu hizmette yer alacak olan bireylerinde görüşü alındıktan sonra, çalışmaların iş birliği içerisinde yapılması, verilecek hizmetin kalitesinin artmasını sağlayabilir (Çiftçili, 2018: 26-28).

#### **2.6.2. Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı İznine Bağlı Özel Bakım Kuruluşları Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri**

Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile açılabilir özel evde bakım kuruluşları, 7 Ağustos 2008 tarih ve 26960 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik kapsamında hizmetlerini sunmaktadırlar. Yönetmelik kapsamında yaşlı hizmet merkezleri ve yaşlı dayanışma merkezleri kurulmuştur. Yaşlı hizmet merkezleri; yaşlanan bireylerin yaşam standartlarının iyileştirilmesi amacıyla kurulan ve bu yönde çalışmalarını yürüten merkezlerdir. Kurulan merkezler zamanlarının büyük bir bölümünü evde geçiren yaşlıların sosyal aktivitelere katılmalarında, sosyal ilişkiler kurmalarında, yaşam standartlarının iyileştirilmesinde ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmadan hayatlarını devam ettirmelerine yardımcı olmaktadır. 2013 yılında faaliyetine son veren bu merkezlerin görevleri, sosyal hizmet merkezlerine yüklenmiştir. Yaşlı dayanışma merkezleri; kendi başına yahut ailesiyle hayat süren 60 yaş üstü bireylerin günlük hayattaki toplumsal ve ruhsal gereksinimlerini gidermek amacıyla gündüzlü olarak kurulan merkezlerdir. Danışmanlık, rehberlik, sanatsal faaliyetler gibi hizmetler bu merkezlerde yaşlı bireylere sunulmaktadır. Merkezlerde bulunan yaşlıların eğlenmeleri ve sohbet etmeleri için gerekli ortam sağlanmaktadır. Bu tür faaliyetler yaşlı bireylerin yalnızlık duygularını yenmelerine ve hayatta yaşadıkları problemleri birlikte çözmelerine yardımcı olmaktadır



(Genç ve Barış, 2015: 36-57). Yaşlı Destek Projesi adı altında, Yaşlı Destek Merkezi (YADEM) adında bir kuruluş açılarak 65 yaş ve üzeri yaşlılara hayat kalitelerini artırmak amacıyla kişisel bakım, ev temizliği ve psikolojik destek gibi hizmetler sağlanırken sinema filmleri, hobilere uygun olarak verilen aktiviteler ve ücretsiz verilen sağlık taramalarıyla yaşlının sağlığını koruyarak sosyal hayattan kopmamaları sağlanmaktadır. Ayrıca yapılan gezi ve doğa yürüyüşleriyle birlikte yaşlıların diri tutulmasına önem verilmektedir (Genç vd., 2020: 249).

### **2.6.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri**

Dünya devletlerinde olduğu gibi Türkiye’de de yönetim anlayışı değişmektedir. Ortaya çıkan bu değişimler ilk olarak kamu yönetiminde olmuştur. Devletin sunmuş olduğu kamusal hizmetlerin özel sektörde ve sivil toplum kuruluşlarında yer alması, bu değişimin bir sonucudur. Kamu yönetiminin değişmesiyle birlikte diğer alanlarda değişmeye başlamıştır. Ortaya çıkan bu değişimlerden etkilenen ilk alan sağlık olmuştur. Çünkü oluşan değişimlerle beraber sağlık alanında düzenlemeler ve reformlar yapılmaya başlamıştır. Bu gibi çalışmalar geleneksel yönetimden uzaklaşılmasına neden olmuştur. Türkiye’de sağlık alanında başlayan yeni düzenlemeler ve reformların sonucu olarak 2011 yılında Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur (Gök,2023: 17-32). Türkiye Kamu Hastane Kurumu, bireylere sunduğu hizmeti “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” kapsamında yürütmektedir. Yönergenin 4’üncü maddesinde evde sağlık hizmeti, farklı rahatsızlıklardan dolayı bu hizmete gereksinim duyan kişilere yaşadığı yerde toplumsal ile ruhsal müşavirlik faaliyetlerini de içerecek biçimde sunulan fiziksel inceleme ve kontrol hizmetlerini kapsar denerek ifade edilmiştir (Aybars, 2019: 122).

### **2.6.4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Tarafından Yürütülen Evde Bakım Hizmetleri**

Aile Sosyal Hizmetler Bakanlığı genel olarak yaşlı ve bakıma muhtaç engelli bireylere hizmet sunmaktadır. Türkiye’de yaşlı bireylere yönelik olarak gündüzlü ile evde bakıma yardım faaliyetleri, Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım Hizmetleri ve Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği çerçevesinde sunulmaktadır. Gündüz bakım hizmetleri olarak, yaşantısını aile ve hısımları ya da kendi başına geçiren yaşlı bireylerin sosyal ilişkilerinin zedelenmemesi için piknik ve gezi gibi aktiviteler düzenlenerek yaşlı bireylerin sosyal yönleri zenginleştirilmeye çalışılmaktadır. Bağımsızlık seviyelerinin devam etmesi için becerikli olduğu alanlar artırılarak, meşguliyet durumlarının devam etmesi sağlanmaktadır. Günlük hayatlarında uyku ve dinlenme saatlerinin düzenli devam etmesi için çalışmalar yapılmakta, ilaçlarının içilip içilmediği hususunda kontroller yapılarak aile bireyleri ile bu konularda iş birliği tesis edilmektedir. Gündüz Dayanışma Hizmetleri ise yaşlı bireylere hukuk, sosyal güvenlik gibi konularda danışmanlık vermekte, yaşlılar için önem ifade eden özel günlerde eğlenceler düzenlemekte, sohbet edebilmeleri için çeşitli ortamlar dizayn edilmekte ve yaşlı bireylerin evlerine düzenli olarak ziyaretler yapılmaktadır. Evde bakıma

destek hizmetleri kapsamında, yaşlıların yaşadığı ortamın düzenlenmesi, tamir ve onarım işlerinin yapılması, yaşlı bireylere psikolojik olarak destek verilmesi, tansiyon ölçme ve pansuman gibi sağlık hizmetleri, yemeklerinin yapılması, yaşadıkları ortamın temizlenmesi ve faturalarının ödenmesi gibi konularda hizmetler verilmektedir. Türkiye’de verilen hizmetlere genel olarak bakıldığında evde bakım, evde sağlık ve sosyal destek hizmetleri farklı kurumlar tarafından bireylere sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetleri yönetmeliğinde bu tür hizmetlerin bütünleşik olarak bireylere sunulması öngörülmesine rağmen evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, evde bakım ve destek hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve yerel yönetimler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu da koordinasyon sorununun kurumlar arasında yaşanmasına neden olmaktadır. Bu sorunların aşılması için kurumlar arasında Evde Sağlık, Bakım ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İş Birliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol imzalanmıştır (Karakuş, 2018: 120-123). Yaşlılara hizmet veren bir diğer kurum ise huzurevleridir. Bireyler yaşlandıkça dezavantajlı konuma düşmektedirler. Ailenin yapısal olarak değişime uğraması, bireylerin fiziksel güçlerinde yaşadığı kayıp bu sebeplerden bazılarıdır. Kadınların çalışma hayatına aktif olarak girmesi, kentleşme olgusunun ön plana çıkması, geniş aileden çekirdek aileye geçiş ve insanların yaşlılara bakış açısının değişmesi, yaşlıların evde alacakları bakımı değişikliğe uğratmıştır. Bu gibi sebeplerden ötürü aile de kendine yer bulamayan yaşlı bireyler yalnız yaşama ya da huzurevini tercih etmek zorunda kalmışlardır (Taş vd., 2023: 214). Yaşlı bireylerin kamuya ait olan huzurevlerinde alacakları hizmet, huzurevlerine kabul şartları gibi durumlar ve amaç Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği aracılığıyla ifade edilmiştir. Yönetmeliğin 1’inci maddesinde amaç belirtilmiştir. Kurumda bakım gereksinimi giderilecek olan 60 yaş ve üstündeki bireylerin tespit edilmesi, bu bireylerin bakım ve iyileştirme faaliyetlerinden faydalanmasının sağlanması ve sunulacak olan hizmetlerin çeşit ve kalitesi ile teamül biçimlerini saptamanın, yönetmeliğin amaçlarını oluşturduğu ifade edilmiştir (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001: madde 1).

İfade ettiğimiz kurumlarda hizmet sunulacak olan bireylerin kurumlara kabul şartları aynı yönetmeliğin 53’üncü maddesinde belirtilmiştir. Nitekim hizmet görmek isteyen bireylerin 60 yaşın üstünde bulunması gerektiği, fiziksel ve zihinsel yönde oluşan rahatsızlıkları nedeniyle uzun bir süreci kapsayacak hizmete ihtiyaç duyması, ruhsal yönden rahatsızlığının bulunmaması, enfeksiyöz hastalığının bulunmaması, eroin, kokain vb. maddelere tutkun olmaması ve maddi açıdan zor durumda olduğunun raporlarla teyit edilmesi, kuruma kabul edilme şartları arasında sayılmıştır (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001: madde 53). Yönetmelik konusunda bireylerin maddi durumlarının dikkate alındığını ve buna göre hizmetin sağlandığı görülmektedir. Ayrıca bu durumun toplumsal hayatta önem arz eden sosyal devlet kavramının da mevzuatlara yön verdiğini göstermektedir.

Kurumlarda sunulacak olan bakım ve iyileştirme faaliyetleri yönetmeliğin 73’üncü maddesinde belirtilmiştir. Yaşça büyük olan bireylerin besin ihtiyaçlarının giderilmesi, duş almalarının sağlanması, bezlenen birey ve diğerlerinin temizlik ihtiyaçlarının giderilmesi, fiziksel görünümünün

iyi olmasının sağlanması ve iyileştirme yönünde uygulamaların yapılması, bireylere sunulan hizmetler arasında sayılmıştır (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği, 2001: madde 73).

Türkiye’de çok sayıda özel huzurevi de bulunmaktadır. Özel huzurevlerine ilişkin işleyiş, “Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği” çerçevesinde yürütülmektedir. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği 1’inci maddesinde amaç belirtilmiştir. Gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri aracılığıyla hizmet sunacak olan kurumların başlangıç muameleleri, hizmet kalıpları, hizmet sırasında görevlendirilecek bireylerin durumu, kurum şartları, hizmet karşılığı ödenecek bedel ve teftişe ilişkin kural ve kaideleri saptamak yönetmeliğin amaçları olarak ifade edilmiştir (Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008: madde 1).

Özel huzurevlerinde hizmet görmek isteyen yaşça büyük bireylerin, kurum bünyesine girebimesi için bazı şartları sağlaması gerekmektedir. Nitekim Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği madde 26’da şartlar ifade edilmiştir. Kurumda hizmet görmek isteyen bireylerin 55 yaş ve üstünde olması gerekmektedir. Fakat bu yaştan küçük olanlar, zaruri durumların oluşması halinde kurumlarda hizmet görebilmektedirler. Bu bireylerin sunulacak hizmet kapsamında olması, hazırlanacak rapordan sonra mesuliyetli olan müdürün önerisi ve il müdürlüğünün tasdiğiyle gerçekleşmektedir. Bireyin enfeksiyöz hastalığının bulunmadığı, bulunduğu halde diğer bireylerle aynı ortamı paylaşmasının bir problem teşkil etmeyeceğini gösteren rapor ile zihinsel ve ruh sağlığının istenen düzeyde olması, eroin ve kokain gibi maddelere tutkun olmadığını ve bu kurumlardan hizmet almasının bir problem teşkil etmeyeceğini gösteren raporun yetkili mercilere verilmesi diğer şartlardandır. Kurumda hizmet görecekt bireylerin ifade edilen şartlar dışındaki zihinsel ve fiziksel durumları ile herhangi bir konudaki düşünceleri dikkate alınmamaktadır (Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008: madde 26). Ayrıca yaşça büyük olan bireylere sunulacak olan hizmetler madde 25’te belirtilmiştir. Besin ihtiyaçlarının giderilmesi, duş almalarının sağlanması, temizlik ihtiyaçlarının giderilmesi, günlük ihtiyaçlarını yerine getirirken zorlananlara yardım edilmesi ve oluşan yaraların sarılması yönetmelik kapsamında sunulan hizmetlerdendir. Ayrıca bireylere yönelik oluşturulan dengeli beslenme kuralları kurumda bulunan diyetisyen tarafından hazırlanarak bireylerin bu kurallar çerçevesinde beslenmesi sağlanmaya çalışılmakta ve zihinsel olarak rahatsızlığı bulunan bireyler için özel bakım odaları oluşturularak daha özverili bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır (Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 2008: madde 25).

Kamu ve özel kurumlarda yaşça büyük bireylere sunulan hizmetlere baktığımızda aynı tür hizmetlerin sunulduğunu görebiliriz. Sunulacak bakım hizmetlerine yönelik, kamu ve özel sektöre ilişkin farklı yönetmeliklerin çıkarılmasının mevzuat karmaşasına neden olabileceği düşünülebilir. Fakat özel ve kamunun sunduğu hizmetlerin çerçevesi her alanda farklılık gösterebilmektedir.

Dolayısıyla bakıma yönelik kurulan özel teşekküllerin hizmetlerinden her ne kadar maddi gücü olan bireyler yararlansa da bu kurumlara yönelik taleplerin olması, kurularak faaliyete geçmesini sağlamıştır. Ayrıca bu tür kurumların kurulmasının ve mevzuatının oluşturulmasının devlet garantisi altında olduğu ifade edilebilir.

Türkiye’de yaşlı bireylerin yaşama tutunması ve hayat standartlarının yükseltilmesi amacıyla devlete ait huzurevlerinde 14 bin 535, özel huzurevlerinde ise 11 bin 467 olmak üzere toplam 26 bin 2 kişiye hizmet verilmektedir. Yaşlı bireylere verilen evde bakım ve gündüzlü bakım hizmetini yurt çapında genişletmek ve yaşlının ailesinin yanında bakımının sağlanması için bakanlık çalışmalar yürütmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda yurt çapında sayısı artan huzurevleri ve rehabilitasyon merkezleriyle yaşlıların kendini rahat hissedeceği ve sosyal yaşamdan kopmadan hayatlarını sürdürebilecekleri bir yaşam alanı hedeflenmektedir. Yaşamlarını ailesinin yanında geçiren yaşlı bireylerin daha iyi standartlara sahip olabilmeleri için bakanlıkça destek uygulamaları devam etmektedir. Gündüz Yaşlı Yaşam Merkezleri modeli, yalnız, ailesi ya da akrabalarıyla yaşayan yaşlı bireylerin hayat standartlarını yükseltmeye çalışmaktadır. Gündüz hizmeti sunan 32 kuruluştta 301 yaşlıya bakım hizmeti verilmektedir. Engelli ve yaşlı bireylere yönelik yardımlar kapsamında, 2005 yılında Sosyal Hizmetler Kanunu ile başlatılan evde bakım yardım parası aylık 2 bin 354₺ olmuştur. Bakıma muhtaç olan engelli yakınının bakımını üstlenen ortalama olarak 535 bin kişi her ay nakdi olarak desteklenmektedir. 127 bin tam bağımlı yaşlı bireylere, ailesi ve çevresiyle yaşamını sürdürmesi için bakım desteği sağlanmaktadır. Ailesinin yanında kalma imkanının olmadığı durumlarda yaşlı bireylere huzurevi ve rehabilitasyon merkezleri hizmet vermektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı 164 huzurevinde 12 bin 800 kişiye hizmet verilmektedir. Şubat 2022 tarihi itibarıyla 268 özel huzurevinde 12 bin 467, kamuya ait 20 huzurevinde 1735 yaşlı bireye hizmet verilmektedir. Bakanlığa bağlı, özel ya da diğer kurumlara bağlı 452 huzurevi bulunmaktadır. Ayrıca maddi imkânı olmayan yaşlı bireylerin hizmet için oluşan masrafları devletçe karşılanmaktadır. Bu kapsamda 4 bin 84 kişi ücretsiz hizmet almaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024).

#### **2.6.5. Engellilere Sunulan Hizmetler**

Engelli bireylere sunulan kişisel bakım, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ya da bakanlık adına yerel yönetimler tarafından sunulmaktadır. Sunulan bu hizmetler Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde belirtilmiştir. Bakanlıkça hayata geçirilen Umut Evleri Projesi ile engelli bireyler müstakil evlere alınarak toplumla kaynaşması sağlanmaktadır. Engelli bireylere sunulan hizmetlerde öncelikli olarak, aile odaklı sosyal hizmet verilmektedir. Sunulan hizmetlerin tamamı aile odaklı bir strateji ile yürütülmeye çalışılarak aile ve topluma yönelik sunulan hizmetler bütüncül bir yaklaşım içerisinde yürütülmektedir. Engelli bireylere sunulan hizmetlerin ailelerinin yanında verilmesi amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, kurum bakım ihtiyacı olan engelli bireylerin bu ihtiyaçları da giderilmektedir. Yaklaşık olarak 536 bin engelli birey bu hizmetten yararlanmaktadır. Bu hizmetten yararlanabilmek için kişi başı düşen ortalama aylık gelirin, asgari

ücretin üçte ikisinden daha az olması gerekmektedir. Ayrıca düzenlenen sağlık kurulu raporunda, 18 yaşından büyükler için ağır engelli veya tam bağımlı ibaresinin olması, 18 yaşından küçükler için ileri veya çok ileri düzeyde özel gereksinimi vardır, ibaresinin olması gerekmektedir. Toplam 152 Umut Evinden 843 kişi yararlanmaktadır. Umut Evi projesinden yararlanma ölçütü ise bireyin kurum bakımına ihtiyacı olmasıdır. Ev Tipi Sosyal Hizmet Birimi olarak adlandırılan bu evlerde 4 ya da 6 engelli birey bakım elemanının gözetiminde hizmet almaktadır (T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021). Engelsiz Yaşam Merkezi projesi ise 2006 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Bu proje ile engelli bireylerin ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerinin daha iyi fiziki koşullarda sunulması için, kurumların fiziki şartlarının iyileştirilmesi ve bu yönde çalışmaların yapılması hedeflenmiştir. Proje kapsamında yapılan bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yemekhane, banyo, tuvalet ve oturma salonu gibi engelli bireylerin ihtiyaçlarını giderecek yerler oluşturularak hizmetleri iyi bir şekilde almaları hedeflenmiştir. Ayrıca daha rahat bir ortam sağlanması amacıyla müstakil ve bahçeli evlerde engelli bireylerin bakımları sağlanmıştır (Aybars, 2019: 131).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalarla görme engelli bireylerin günlük hayatlarını sürdürürken özgür davranabilmeleri, toplumla iç içe olmaları ve eşit haklara sahip olmaları hedeflenmektedir. Görme engelli bireylerin ailelerine ekonomik anlamda yardımcı olmak amacıyla evde bakım yardımı verilmektedir. Bu kapsamda bakıma muhtaç olan engelli bireylere 2022 yılı Temmuz-Aralık döneminde kişi başı 3.336₺ ödeme yapılmıştır. Bu hizmetten 565 bin birey faydalanmaktadır. Toplam olarak 2022 yılında bu bireylere 18 Milyar₺ evde bakım yardımı desteği sağlanmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023). Ayrıca yaşlı aylığından 65 yaş üstü bireyler faydalanabilmektedir. Bu bireylerin engelli-yaşlı olması gerekmektedir. Genel itibariyle sosyal güvencesi olmayan bireyin kendi ve eşi dikkate alınarak kişi başına düşen gelirin net asgari ücretin 1/3'ünden (2024 yılı için 5.667.37₺) az olan 65 yaş ve üstü bireylere yapılan yardımlardır. 2024 yılı için aylık ödenen para 3.504.84₺'dir. Sosyal güvencesi olmayan ev içinde kişi başı aylık gelirin net asgari ücretin 1/3'ünden (2024 yılı için 5.667.37₺) az olan vatandaşlara engelli aylığı kapsamında yardımlar yapılmaktadır. Yardımdan faydalanabilmek için sağlık kurulundan %40 ve üzeri engelli olduğuna dair rapor alınması gerekir. Ödemeler aylık olarak 2024 dönemi içerisinde engeli %40 ile %69 arası olanlar için 2.797.80₺, %70 ve üzeri için 4.169.70 ₺ olarak verilmektedir. Ulusal Vefa Programı kapsamında yaşça büyük ve engelli bireylere yaşadığı yerin temizlenmesi ve bireysel bakım olmak üzere çeşitli hizmetler verilmektedir. Program kapsamında süregelen rahatsızlığı sebebiyle kişisel bakımını kendi şartlarıyla sağlayamayan bireyler ile 60 yaşından büyük olan bireyler yaşadıkları evde bu programdan destek almaktadırlar. Genel olarak bakıldığında 60 yaş üstü ve engelli bireylere yapılan aynı hizmet kapsamında bir program olup, bu hizmette herhangi bir parasal yardım yapılmamaktadır (T.C Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2024).

### **2.6.6. Belediyeler Tarafından Yürütülen Bakım Hizmetleri**

Türkiye’de belediyelerin bireylere sunmuş olduğu bakım hizmetleri, belediyelerin parasal kaynakları ile güçlerine göre farklılık göstermektedir. Belediyelerin kaynaklarının kıtlık göstermesi, bireylere yönelik sunacakları bakımdan yalnızca maddi olarak yoksunlukta bulunan kişilerin yararlanmasını temel ölçüt olarak kabul edilmesine neden olmuştur (Aybars, 2019: 136). Büyükşehir Belediye Kanunu madde 7’nci maddesinin (v) bendine göre;

“Sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile yetişkinler, yaşlılar, engelliler, kadınlar, gençler ve çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işletletmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği yapmak”.

Bu maddeden yola çıkarak belediye kanunun da sağlık hizmetlerine değer verdiği ifade edilebilir. Kanunda belediyelere verilen görevlere bakıldığında; yaşlılar, engelliler vb. avantajsız gruplarda bulunan bireylere toplumsal kolaylıklar başta olmak üzere, birçok kolaylık sağlandığı ifade edilebilir. Trabzon iline bakıldığında, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü’nün yaşlı bireylere hizmet sunduğu 2 kuruluş bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Köşk Huzurevidir. 60 yaşından büyük olan bireyleri korumak, toplumsal ve ruhsal gereksinimlerini gidermek için kurulan yatılı bir kurumdur. 4 kat olup, 52 oda bulunmaktadır. Burada hizmet gören yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu tek kişilik odalarda kalmaktadır. Kurumda oturma odası, masaj odası, fizik tedavi ve yemek salonu olmak üzere birçok bölüm bulunmaktadır. Bir diğer kurum, Trabzon Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezidir. Bu kuruluş ise yaşlıların sağlıklı bir şekilde yaşamlarının sağlanması için rehabilitasyon hizmetinin verildiği, tedavi imkanının olmadığı durumlarda ise özel bakım hizmetinin verildiği bir kuruluştur. Özel bakım hizmeti genel olarak, öz becerilerini kısmen yitirmiş ve ağır derecede olan yaşlı bireylere sunulmaktadır. Engelliler için ise iyileştirme ile aile içi danışma merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler sundukları hizmeti gündüzlü şekilde vermekte olup, günün belli saatlerinde merkeze getirilen engelli bireylerin çeşitli faaliyetlerle sosyalleşmesi için çalışmalar yürütmektedir. Bunların haricinde kurulan bakım merkezleri de bulunmaktadır. Bakım merkezleri, engelli bireyleri iyileştirmekten çok bakım amacı gütmektedir. İl genelinde 2 adet özel bakım merkezi vardır. Merkezlerde tuvalet, banyo ve yatak odaları gibi engelli bireylerin günlük ihtiyaçlarını karşılayan bölümlerin yanı sıra sosyalleşmelerini sağlamak ve uğraşları olması amacıyla ekim-dikim yapabilecekleri sebze bahçeleri oluşturulmuştur (Sarı Midilli ve Yılmaz, 2022: 517-526).

### **2.7. Türkiye’de Bakım Hizmetlerine Yönelik Bakım Güvencesi**

Türkiye’de sosyal sigortalar bünyesinde ortaya çıkan bir bakım güvence sistemi yoktur. Uygulanan bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, yerel

yönetimler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından primsiz model etrafında sunulmaktadır. 2007 yılında toplanan Özürlüler Şurası'nda, bu hususta bir bakım güvencesinin kurulması yönünde karar birliğine varılmış olsa da halen uygulama aşamasına geçmemiştir (Genç ve Barış, 2015: 43). Verilen hizmetlerin sosyal sigorta sistemi içinde olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla bu hizmetlerden geniş kitlelerin yararlanamayacağı sonucuna ulaşılır. Türkiye'de Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişikliklerle beraber evde sağlık hizmetleri hususunda günlük tedavilerin ücretleri SGK aracılığıyla karşılanmaya başlamıştır. Bu hizmet sırasında kullanılan ilaç, pansuman malzemeleri vb. sağlıkla ilgili malzemelerin ücretleri SGK tarafından karşılanmaktadır. Hasta bireyler için kullanılan malzemeler, SGK'ya yönelik olarak faturalandırılmaktadır. Ayrıca bu tür giderlerin SGK tarafından ödenmesi için hastaların hizmeti hastaneye bağlı olan evde sağlık birimleri tarafından almış olmaları gerekir (Kıran ve Güçlü, 2022: 111). Türkiye'de çıkarılan mevcut mevzuatlar incelediğinde evde bakım hizmetinden maddi anlamda zorluk çeken ağır engellilerin karşılıksız bir şekilde faydalandığı görülmektedir. Fakat bakıma muhtaç olan bireylerin hizmetten karşılıksız olarak yararlanabilmesi ve SGK kapsamında hizmet alabilmesi için gerekli şeyler, Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik'te ifade edilmiştir. Bu kapsamda Engelli Sağlık Kurulu Raporlarında engel oranının %50 ve üzeri olması gerekmektedir. Ağır engelli Evet-Hayır bölümünde ise evet olmalıdır. Aynı zamanda engelli bireyin günlük ihtiyacı olan yeme, içme, tuvalet ve giyinme gibi faaliyetleri tek başına yapamaması gerekmektedir (Aybars, 2019: 140).

Aynı zamanda Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2'nci maddesine göre kapsam şu şekilde ifade edilmiştir:

(1) Bu Yönetmelik, her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç engellileri, bu engellilere verilecek bakım hizmetlerini, hizmetlerin ücretlendirilmesini ve ücretlerin ödenmesini kapsar.

Ayrıca Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği 5'inci maddesinin (a) ve (b) bentlerinde genel esaslar ve yardımın hesaplanması şu şekilde ifade edilmiştir:

(1) Evde bakım yardımı, (10.000) gösterge rakamı ile memur aylık katsayısının çarpımı sonucu bulunacak tutar kadar, aylık olarak bakım verene ödenir. Engelli bireyin, evde bakım yardımından yararlandırılması için;

- a) Hanede ikamet eden tüm bireylerin her ne ad altında olursa olsun her türlü gelir toplamı esas alınmak suretiyle, hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarının, asgari ücretin aylık net tutarının 2/3'ünden daha az olması,
- b) Engelli bireyin 4'üncü maddenin birinci fıkrasının (m) bendinde belirtilen sağlık raporuna sahip olması,

Bu bilgiler ışığında evde bakım hizmetleri için koyulan sınırlamalar, bu hizmetlerin dağılıklığı ve esnek olmaması gibi nedenlerden ötürü geniş kitlelere yayılamadığı görülmektedir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemlerinin içerisinde bulunmaması, bireylerin hizmet ücretlerini bireysel kaynaklarından ödemesine ve oluşan giderlerle mücadele etmek zorunda kalmalarına sebebiyet vermiştir. Parasal olarak kuvveti bulunmayan bireylerin bakım hizmet gerekleri karşılanamamakta ve kişiler arası eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'de evde bakım modeli oluşturulup finansmanının devlet tarafından karşılanması gerekmektedir.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 3. ALMANYA'DA BAKIM HİZMETLERİ

Federal Almanya'da Bakım Sigortası 1 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kurulan bu sigortayla birlikte önemli bir reform gerçekleştirilmiş olup, sosyal devlet olmanın da gerekliliği yerine getirilmeye çalışılmıştır. Zorunlu bakım sigortası, çok az sayıda ülke tarafından düzenlenmiştir. Bu sistemin ortaya çıkmasındaki en önemli faktör finansman konusudur. Bu sistemin getireceği yüksek maliyetler, ülkelerin bu konuda yapacağı çalışmaları zorlaştırmaktadır. Bu yasal düzenlemenin kabul edilmesinden önce de bakım hizmetleri sunulmaktaydı. Fakat bundan önceki uygulamalar ihtiyaçları giderme konusunda kısıtlı kalmıştır. Dolayısıyla geçmiş dönemlerdeki uygulamalara değinmekte faydalı olacaktır. 1883 yılında düzenlenen kanuni hastalık sigortası, çalışanları sosyal risklere karşı koruyan bir düzenlemedir. Yasal düzenlemeler yapılmadan önceki dönemler incelendiğinde, bakıma muhtaç olan yatalak bireylere Türkiye'deki uygulamalara paralel sosyal yardımlar yapıldığı görülmektedir. Kanuni kaza sigortasıyla belirli gruplara yönelik olarak yardımlar yapılmaktadır. Genel olarak bakıldığında, Almanya'da bakıma muhtaç bireyler ortaya çıkan maliyetleri kendi imkanlarıyla karşılamakta, yetersiz kaldıkları durumlarda ise sosyal yardımlar sürece dahil olmaktadır. Bireylerin ihtiyaçlarının sosyal yardımlarla giderilmesi çeşitli problemlerin doğmasına yol açmıştır. Sosyal yardımların finansmanı yerel yönetimler tarafından sağlanmaktaydı. Artan sosyal yardımlar yerel yönetimlerin zorluk yaşamasına neden olmuştur. Yatalak bireyler için yükselen bakım maliyetleri bireylerin sosyal güvenlik sistemi içerisinde yeterince korunamamasına neden olmuştur. 1951 yılında bakım maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle sosyal yardım alan kişi sayısı 655 bin kişidir. Tüm bakım alan bireylere oranı ise %60'tır. Ortaya çıkan bu tablolar sonucu, hükümet devreye girmiş ve bu konuda geniş çalışmalar yapılmasına karar vermiştir. Bu konu 1974 yılında Alman Yaşlılar Yardımı Kuruluş'unun hazırladığı raporla kamuoyunda gündeme gelmiştir. Kimileri bakım konusunun sosyal sigortalar aracılığıyla, kimileri özel sigortalar aracılığıyla, kimileri ise vergiler yoluyla bu konunun güvence altına alınması gerektiğini söylemiştir. Almanya'da yasal olarak bu konuda en önemli gelişme Başbakan Helmut Kohl'ün konuya ilişkin bir kanun tasarısının geliştirileceği yönündeki söylemleridir. İlerleyen yıllarda verilen önerilerden ilk ikisi üzerinde ağırlıklı olarak çalışmalar yapılmıştır. Ve nihayet 23 Nisan 1994 yılında Bakım Sigortası kabul edilmiştir. O dönemin Çalışma Bakanı, Norbert Blüm'ün bu konuda önemli katkıları olmuştur (Hekimler, 2015: 46-51).

Bakım sigortasının kabulüyle birlikte sağlık sigortası kapsamında olan bireyler zorunlu olarak bakım sigortasının bünyesine girmişlerdir. Toplumun bütün bireylerinin sigorta kapsamında olması,

sosyal devletin bir gereğidir. Bakım sigortasının yürürlüğe girmesinden sonra 1 Nisan 1995 tarihinde evde bakım, 1 Temmuz 1996 tarihinde ise bakım evlerinde sunulacak olan hizmetler uygulamaya alınarak bakım sigortasının kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. Bakım sigortasının kamu ve özel bakım olmak üzere iki bağımsız kısmı bulunmaktadır. Bu kısımlarda benzer yardımlar yapılmaktadır ve aralarında finansal olarak herhangi bir gelir paylaşımı bulunmamaktadır. Sadece aralarında finansal denge zorunluluğu olmak zorundadır. Almanya nüfusunun %90'ı zorunlu bakım sigortası kapsamında bulunmaktadır. Geriye kalan %10'u ise tercihini özel sigortadan yana kullanmıştır. Zorunlu sigorta kapsamında bulunanlar, isteğe bağlı olarak özel bakım sigortası da yaptırabilir. Dolayısıyla bireyler iki bakım sigortasından da aynı zamanda yararlanabilirler. Özel bakım sigortası daha çok tamamlayıcı niteliktedir (Kocabaş ve Kol, 2020: 228).

### **3.1. Almanya'da Bakım Hizmetlerinin Sunumu**

Alman Bakım Sigortası, bakıma muhtaç olan ya da bu riski taşıyan bireyler ve ailelerine yerel idarelerce danışmanlık hizmetinin sunulmasını zorunlu hale getirmiştir. Ayrıca bakım sigortası ve sunulacak bakım hizmetinin tanıtılmasıyla kapasiteleri oranında bakım hizmetini bireylere sunmalarını yerel idarelere bir görev olarak yüklemiştir. Bakım sigortası kapsamında ev ve kurum bakımı bulunmaktadır. Ancak artan maliyetler evde bakımın ön planda olmasını sağlamıştır. Almanya'da oluşturulan yasalara göre; bedensel, zihinsel ve ruhsal yönden engeli olan bireyler, günlük hayatını sürdürebilmesi için yapması gereken şeyleri tek başına yapamamaları durumunda bakıma muhtaç olarak görülmektedirler. Başka birinin yardımına ihtiyaç duyulması durumu Almanya'da asgari olarak 6 ay sınırla tutulmuştur. Yani başka birine duyulan ihtiyaç 6 ay sürmelidir. Hayatını yaşadığı ev ortamında sürdürmek isteyen bakıma muhtaç bireye belirli zaman aralıklarında ve düzenli olarak profesyonel bakım uzmanları tarafından hizmet verilmektedir. Bu hizmet verilirken bakıma muhtaç bireyin ailesinin de yükünün hafifletilmesi amaçlanmaktadır. Hizmet kapsamında banyo, yıkama, beslenme, beslenirken yardımcı olma, günlük yürümesini ve sporunu yapma, alışveriş ve ev temizliği gibi hizmetler bulunmaktadır. Bakım sigortası kapsamında yardımlarda bulunmaktadır. Bu yardımların temel amacı, bakıma muhtaç bireyin uzun bir süre yaşadığı ev ortamını terk etmemesidir. Bakıma muhtaç olan birey bakım hizmetini gören bireye parasal anlamda ödemedede bulunabilmesi için bakım sigortasından para almaktadır. Paranın aile bireylerinden birine verilebileceği gibi gönüllü bir bireyede verilebilir. Parasal olarak yardım alındığında, ev ziyaretleri yapılarak bireyin nasıl bir bakım hizmeti aldığı denetlenir. Bakıma muhtaç bireyin maddesel yardım alması durumunda bakım hizmeti profesyonel bakıcılar tarafından verilir. Birleşik yardım, parasal ve maddesel yardımı içerisinde birlikte barındırmaktadır. Bu yardımda bakımın bir kısmını profesyonel bakıcılar verirken parasal yardım ise bakıma muhtaç kişilere istedikleri gibi kullanmaları için verilir. Bakıma muhtaç olan bireyin hizmetini görmek üzere görevlendirilen bakıcının izin istemesi ya da hastalanması gibi durumlarda, bakıcı geri dönene kadar başka bir profesyonel bakıcı görevlendirilmekte ve ücreti bakım sigortası tarafından ödenmektedir. Bakıma muhtaç bireylere yapılan nakdi yardımla, hayatının kolaylaştırılması sağlanırken aile bireylerine yapılan araç-gereç

yardımları ve gerekli tamir ve tadilat araçlarıyla bakıma muhtaç bireyin yaşadığı ortamın düzenlenmesi sağlanmaktadır (Selek Öz, 2010: 86-88).

### **3.2. Almanya’da Bakım Hizmetlerinin Kapsamı**

Almanya’da bakım riski sosyal güvenlik açısından ele alındığında genel bir risk olarak görülmektedir. Genel anlamda bireylerin yaşı, cinsiyeti, uyruğu ve statüsü ne olursa olsun bu gerçekle karşılaşacağı bilenen bir olgudur. Bu olgunun bilinmesi mümkün olmakla birlikte hayatın her döneminde bireyin karşısına çıkabilir. Alman Anayasa Mahkemesi yasalarına uygun hareket ederek, 2001 yılında vermiş olduğu bir kararla tüm toplumu kapsayacak bir düzenlemenin oluşturulacağını dile getirmiştir. Buna paralel olarak oluşturulan bakım sigortası sadece yaşlı bireyleri değil, tüm toplumu içine alacak bir şekilde oluşturulmuştur. Kanunda bakım sigortasına dahil olacak bireyler geniş ve detaylı biçimde belirtilmiştir. Özetle Almanya’da hastalık sigortası bünyesi içerisinde olan bütün bireyler, bakım sigortası bünyesine dahil edilmiştir. Bu bilgiler ışığında Almanya da toplumun %90’ı bakım sigortası bünyesinde. Kendilerini özel hastalık sigortası ile korumaya alan bireyler mecburi bir şekilde özel bakım sigortasında bünyesine girmek zorundadırlar. Buradan hareketle Almanya’da bireyler zorunlu ya da özel bir hastalık sigortası ile kendilerini korumaya almış olsalar dahi devlet tarafından bakım sigortası bünyesine dahil edilmektedirler. Kısaca Almanya’da bakıma yönelik oluşturulan bakım sigortası gereklilik arz etmesi nedeniyle oluşturulmuş olup, toplumun bütününe şemsiyesi altına almıştır (Hekimler, 2017: 237).

### **3.3. Almanya’da Bakım Hizmetlerinin Yasal Çerçevesi**

Almanya’da bakım sigortası son kez 15 Temmuz 2013 yılında değişime uğramıştır. Tam adı Sosyal Güvenlik 11. Kitap Sosyal Bakım Sigortası olarak bilinmektedir. Kanun kabul edilmesinden bu zamana kadar geçen sürede 77 kez üzerinde görüşülerek değişikliğe uğramıştır. Yapılan bu değişiklikler reform niteliğinde olup, genel mevzuata uygun bir şekilde yapılmıştır. 130 maddeden oluşan kanunun, bakım hizmetleri yönünde uygulanabilir ve anlaşılabilir olması amacıyla Bakım Süreleri Kanunu ve Aile Bakım Süreleri Kanunu kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. Fakat bu kanun bakım sigortası için hüküm ifade etmekten çok bakıma muhtaç olan bireyin gerekli hizmetinin ailesi tarafından karşılanması durumunda ortaya çıkacak olan iş hukuku ilişkilerine açıklık getirmiştir. Yani herhangi bir aile de ortaya çıkacak olan bakıma muhtaç bireyin, gerekli hizmetini sağlayacak olan işçi ve işverenin bu konudaki iş ilişkisine açıklık getirmiştir. Sosyal bakım sigortasından sigortalı bireylerin edinimlerinin iyileştirilmesi için 2008 yılında Bakım-Geliştirme Kanunu kabul edilmiştir. 2012 yılında kabul edilen Bakım Yeniden Düzenleme Kanunu, sigorta koşullarından yararlanacak bireylerin kapsamını daha da geniş kitlelere ulaştırmıştır (Hekimler, 2015: 51).

### 3.4. Almanya’da Bakım Süreleri

Yakını olduğu bireye ev ortamında bakım hizmeti veren bireyin çalışması halinde kendisine kanun çerçevesinde bakım zaman hakkı tanınmıştır. Tüm bakım derecelerinde birey bu haktan faydalanabilir. Bu hak işveren tarafından ödenmeye razı olunmuş, sosyal sigortaya tabi olan birey için işten muafiyet olarak değerlendirilmektedir. 6 ay süreyle sınırlı olup, 15’ten fazla çalışanı olan işverenler için geçerli bir uygulamadır. Uygulamada yakın olarak ifade edilenler üstsoy olan büyükbaba ve büyükannenin yanı sıra kardeşler, kardeşlerin eşleri, eşlerin kardeşleri, çocuklar ve bakımı üstlenen öz olmayan çocuklardır. Bakım hizmeti verilirken zaman hakkı kullanılmak istenirse birey on iş gününden önce işverene bunu bildirmelidir. Ayrıca yapılan bu bildirimde bakım yapılacak olan süre ve kapsamının da işverene bildirilmesi gerekmektedir. Muafiyet olarak nitelendirilen bu süreler tam ve kısmi olarak ikiye ayrılmaktadır. Çalışılacak olan sürelerin günler olarak dağılımında kısmi muafiyet içerisinde açıklanmalıdır. Çalışılan iş yerinde önemli hususlar cereyan etmediği sürece işverenler çalışanların bu konudaki istek ve arzularını yapmak zorundadır. Çalışan bireyin bakacağı yakınının bakıma muhtaç olduğunu bir belge ile işverene kanıtlamalıdır. Bakım zamanı bitmeden sonlandırılması sadece işveren tarafından yapılabilir. Fakat bakım hizmeti verilen bireyin ölmesi ya da kurumda yatılı olarak hizmet alması durumunda bakım zamanının bitmesinden önceki 4 haftalık sürede sonlandırılabilir. Bakım süresi boyunca iş akdi özel fesih adı altında bir korumaya sahiptir. Yani özel durumlarda iş akdi feshedilebilir. Özel durumlar ve bu durumlarda iş akdinin feshine karar veren organ eyalet dairesidir. Çalışan bireylerin aynı zamanda aile bakım zamanına yönelik olarak da hakları vardır. Çalışan bireyler yılda 15 hafta ve çalışma süresinde asgari olarak 24 aya kadar bakım hizmetini vermek için muaf olabilmektedirler. 25’ten fazla mesleki eğitim için çalışanı olan işverenlerce bu hak uygulanır. Sekiz hafta içinde bildirilmesi gerekir. Ayrıca sağlanacak olan muafiyetin hangi süre ve kapsamda olacağı da işverene bildirilmelidir. Çalışma sürelerinin haftalık bazda dağılımı ve sürenin azaltılması hususunda çalışan ve işverenler arasında bir anlaşma olmalıdır. İşle ilgili önemli bir husus söz konusu değilse çalışanların bu konudaki isteklerini işveren yerine getirmek zorundadır. Memurlar ve Askerler 2016 tarihinde yürürlüğe giren Federal Almanya’nın Memurlar ve Askerler için Aile, Bakım ve Meslek Konusunda Daha İyi Bir Bağdaştırmaya ve Diğer Hizmet Hukukuna İlişkin Değişiklik Hakkında Kanun ile bu haklardan yararlanmaktadırlar. Aynı zamanda kısmi muafiyet durumunda daha iyi geçim sağlanabilmesi için memur ve askerlere avans hakkı verilmiştir. Buradaki bireylerde özel bir fesihle koruma altına alınmıştır. Buradaki özel hallere ve fesih durumuna eyalet dairesince karar verilir (Bakım El Kitabı (2020), ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\\_BMG\\_Ratgeber-Pflege\\_DINA5\\_TUR\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_TUR_bf.pdf)).

### 3.5. Almanya’da Bakım Yapan Kişinin Sosyal Güvenliği

Bakım hizmetini sunan bireyin bakım zaman süresi içerisinde sağlık ve bakım sigortaları hükmünü devam ettirir. Ayrıca bu süre içerisinde aile sigortası geçerliliğini korumaktadır. Bu tür

imkanlar bu süreler zarfında geçerli olmadığında birey prim ödeyerek, isteğe bağlı şekilde sağlık sigortası kapsamında yararlanmaya devam etmektedir. Sağlık sigortasına devam edildiği zaman, bakım sigortası da bir şey yapmadan hüküm bulmaktadır. Bireyler dilekçe ile başvuru yaptığında bakım sigortası kapsamında ödenen ücretlerin asgari tutarı bireye geri verilir. Burada bulunan katkı payları bakım kasası aracılığıyla ödenmektedir. Bakım zamanı süresi içerisinde bakım zorunlu sigortasının hükmü işleyişini devam ettirmektedir. Bakım kasası ya da bakıma muhtaç olan bireyin bakım sigorta şirketine dilekçe vermesi halinde katkı payının asgari tutarı bireye geri verilmektedir. Bakıcı olan bireyin birden fazla dereceye sahip olan muhtaç bireylere bir haftalık zaman içerisinde minimum on saat, tertipli bir şekilde iki güne yayılmış bakımıyla ilgileniyorsa, 30 saatin üstünde kendi işine gidemiyorsa emeklilik sigortası hükmünü devam ettirmektedir. Bakım süresi boyunca çalışma saatleri azaltılıyorsa azaltılan sürenin sigorta katkı payı da işveren tarafından ödenir. Bakım derecesi 2 olan bakıma muhtaç bireyin hizmetini bakıcı haftada on saat ve 2 güne dağıtılmış şekilde yapıyorsa işsizlik sigortası kapsamında zorunluluk hali sona ermez. Ayrıca bakım hizmetine başlamadan bu zorunluluğun olması ve işsizlik parasını hak etmiş olması gerekmektedir. Aynı durumlarda bireylerin yasal kaza sigortası da devam etmektedir. Ayrıca bakım hizmetini üstlenen bireyler Bakım Zamanı Kanunu kapsamında faizsiz kredi alabilmektedirler. Tam bir muafiyet uygulandığında kredilerin taksitleri 15 hafta saatlik çalışma süresinde verilen ücretle sınırlı tutulmaktadır. Aile Bakım Zamanı Kanun’unda yasal kaza sigortası ve emeklilik hakları Bakım Zamanı Kanun’unda olduğu gibidir. Sadece bakım hizmeti verilen kişinin bakım derecesi arttıkça bakım hakları da artmaktadır. Bu kanun uyarınca bireyler faizsiz kredi alabilmektedirler (Bakım El Kitabı,2020([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\\_BMG\\_Ratgeber-Pflege\\_DINA5\\_TUR\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_TUR_bf.pdf))).

### **3.6. Almanya’da Kısa Süreli Çalışma Engeli ve Bakıma Destek Parası**

Çalışan bir bireyin yakınının ani olarak bakıma muhtaç hale gelmesi halinde bu kişinin ihtiyaçlarını karşılamak, uygun bir bakım hizmeti için gerekli şartları oluşturmak ve bakım hizmetini planlamak için 10 iş günü işten uzak durma hakkı kendisine verilmiştir. Çalışan bireyler böyle bir durum olduğunda hemen işverene bildirmelidirler. İşverenin isteği üzerine çalışan bireyin bakıma muhtaç hale gelen yakınının bu konu üzerindeki hekim raporu ve işe gelememesinin gerekli sebebini gösteren belgenin işverene verilmesi gerekir. Tüm çalışan bireyler bu hakka sahiptir. Bu tür durumlarda bireyin sağlık, bakım, emeklilik ve işsizlik sigortası kapsamı devam etmektedir. Bireyler kısa süreli çalışma engeliyle karşı karşıya kaldıkları durumlarda kaybettikleri ücreti telafi etmek için işte olunması gereken 10 gün ile sınırlı olmak kaydıyla bakım için yardım hakkını kullanmaktadırlar. Verilen hak, tüm bakım derecelerinde geçerlidir. Bu destek hakkının bir tür ücret telafi yardımı olduğunu söylemek yanlış olmaz. Brüt olarak destek parasının kaybedilen maaşın %90’ı olarak verilmektedir. Tek seferlik alımda ise muafiyet öncesi %100’ü ödenmektedir. Birden fazla birey aynı kişi için bu hakkı kullandığında on iş gününe kadar destek parası ve hakları kısıtlanmaktadır. Bakıma destek parası derhal ilgili yerlere bildirilerek alınmalıdır (Bakım El Kitabı (2020), (<https://www>.

bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\_BMG\_Ratgeber-Pflege\_DINA5\_TUR\_bf.pdf).

### **3.7. Almanya’da Bakıma Muhtaçlığın Tespiti ve Derecelendirilmesi**

Bakıma muhtaçlığın ve derecesinin tespit edilmesi için ekspertiz enstrümanı kullanılmaktadır. Bu enstrümanda birtakım sorular üzerine değerlendirmeler yapılmaktadır. Bireyin günlük yaşamında neler yapabildiği, üzerinde bulunan yetenekler bağımsızlık derecesi ve yardıma ihtiyaç duyduğu durumlar değerlendirilmektedir. Bu konuda görevli olan bilirkişiler altı konu üzerinde yoğun bir şekilde durmaktadır. Mobilite olarak, bireyin tek başına hareket edip edemediği, banyoya gidip gidemediği ve merdivenleri çıkıp çıkamadığı konusu üzerinde durulmaktadır. Zihinsel ve iletişime ilişkin yetenekler olarak, bireylerle iletişime geçip geçemediği ve karşısındakini anlayıp anlayamadığı konusu üzerinde durulmaktadır. Davranış şekilleri ve psikolojik sorun durumları olarak, bakıma muhtaç birey ve yakınlarının geceleri endişe ve korku gibi durumlarının oluşup oluşmadığı konusu üzerinde durulmaktadır. Öz ihtiyaçlarının temin edilmesi olarak, bireyin temizlik ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamadığı ve günlük hayatında üstünü değiştirip değiştiremediği konusu üzerinde durulmaktadır. Hastalıkları veya tedavi gerektiren şartları ve sıkıntıları kendi başına çözme-yanı sıra bunların üstesinden gelme olarak, bireyin şekerini ve tansiyonunu ölçüp ölçemediği ilaçlarını tek başına alıp alamadığı konusu üzerinde durulmaktadır. Günlük yaşamın düzenlenmesi ve sosyal ilişkiler olarak, bireyin günlük hayatını tek başına düzenleyip düzenleyemediği ve sosyal ilişkiler kurup kuramadığı konusu üzerinde durulmaktadır. Belirlenen bu altı modül üzerinden beş bakım derecesi tespit edilmektedir. 1.derece için 12,5-27 altı, 2.derece için 27 üstü-47,5 altı, 3.derece için 47,5 üstü-70 altı, 4.derece için 70 üstü-90 altı, 5.derece için 90 üstü-100 altı puanlar bulunmaktadır. Bu puanlar üzerinden bireyin kısıtlanma derecesi tespit edilmekte ve ona göre yardım ve bakım hizmeti yapılmaktadır (Bakım El Kitabı 2020, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\\_BMG\\_Ratgeber-Pflege\\_DINA5\\_TUR\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_TUR_bf.pdf)).

### **3.8. Almanya’da Bakım Türleri ve Yardımları**

Evde bakım hizmeti, ayakta bakım ve ayakta gözetim hizmetini içerisinde barındırmaktadır. Ayakta bakım hizmeti; bireyin beslenmesi, vücut bakımı, günlük hayatını ve sosyal ilişkilerini devam ettirme de yardım edilmesi, ilaçlarının içirilmesi, iğne yapılması, sargısının yapılması ve ev işlerinde yardımı kapsamaktadır. Ayakta gözetim hizmeti, himaye ile ev işlerinin genişletilmesi amacıyla daha hızlı destek ve randevu için geliştirilmiş olan bir hizmettir. Kısacası bu hizmet, bakım uzmanının olmasının gerekmediği yetkili bir uzmanın gözetiminde ev idaresinin sağlandığı yardımları kapsamaktadır. Ayakta bakım hizmeti için verilen yardımlar, ikinci derece bakım kapsamında olanlara 316€, üçüncü derece bakım kapsamında olanlara 545€, dördüncü derece bakım kapsamında olanlara 782€ ve beşinci derece bakım kapsamında olanlar için 901€’dur. Ayakta bakım için derece

1’de herhangi bir yardım bulunmamaktadır. Kısmi bakım gece ve gündüz şeklinde olmaktadır. Bu hizmette bakım sigortası kurumdaki tedavi masraflarını ve gözetim masraflarını karşılamaktadır. Konaklama ve beslenme gibi masraflar şahsen birey tarafından karşılanmaktadır. Gündüz bakımı bakıma muhtaç bireylerin yakınlarının gündüz çalışması durumunda kullanılmaktadır. Bu bireyler gündüzleri kuruma götürülerek ihtiyaçları karşılanmakta, öğleden sonra ise evlerine geri götürülmektedir. Bu hizmette yapılan yardımlar bakım derecesine bağlıdır. Yatağa tam bağımlı geçici bakım için ise kısa vadede bir hizmet söz konusudur. Evde bakım gerçekleştirilen bireylerin kriz durumlarıyla baş edebilmek ve kurumda tedavi gördükten sonra eve gönderilen bireylerin geçiş süreleriyle baş edebilmek için bu hizmet söz konusudur. Bu hizmette de ikinci derece bakım kapsamında olanlara 689€, üçüncü derece bakım kapsamında olanlara 1.298€, dördüncü derece bakım kapsamında olanlara 1.612€ ve beşinci derece bakım kapsamında olanlara 1.995€ yardım yapılmaktadır. Tam yatılı yardımda ise bakımevleri devreye girmektedir. Yaşlılar yurdu, huzurevi ve bakımevi olmak üzere üç çeşidi bulunmaktadır. Bireyler yaşlı yurtlarında kendilerine ait olan küçük dairelerde yaşamlarını sürdürmektedirler. Fakat yemeklerini toplumdaki bireylerle de yeme hakları bulunmaktadır. Huzurevleri ise, ihtiyaçlarını kendi göremeyen bireyleri bünyesinde barındırmaktadır. Burada bulunan daire ve apartmanlarda gözetim altında tutulmaktadır. Bakımevlerinde tek ya da iki odası bulunan evlerde yaşamakta ve isterseler eşyalarını buraya getirebilmektedirler. Kapsamlı olarak bakımevlerinde ekonomiye ilişkin ihtiyaçları görülmektedir. Ağır hastalar için ise uzmanlaşmış kurumlar bulunmakta ve hizmet vermektedir. Bu hizmetlerde ise ikinci derece bakım kapsamında olanlara 770€, üçüncü derece bakım kapsamında olanlara 1.262€, dördüncü derece bakım kapsamında olanlara 1.775€ ve beşinci derece bakım kapsamında olanlara 2.005€ yardım yapılmaktadır (Bakım El Kitabı 2020, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\\_BMG\\_Ratgeber-Pflege\\_DINA\\_5\\_TUR\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA_5_TUR_bf.pdf)).

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **4. TÜRKİYE VE ALMANYA’NIN BAKIM HİZMETLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI**

Sosyal hizmet olarak görülen bakım hizmetleri, bireylerin bağımsızlığını kazanması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesinin sağlanması için destek ve yardımın yapıldığı bir hizmet türüdür. Bu hizmetin ortaya çıkmasında artan sağlık maliyetlerinin düşürülebileceği düşüncesi en önemli etmenlerden birisidir. Evde bakım hizmetlerine yönelik yapılan ilk çalışmalarda hasta bireylerin kapsama alınacağı kararlaştırılmışsa da ilerleyen dönemler de bu hizmetin kapsamı daha geniş kitlelere ulaşmıştır. Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, bu hizmete yönelik talebin artması, bireylerin hastaneden çok evde hizmet görmek istemesi, kadının çalışma hayatına katılması ve maliyetinin az olması gibi sebepler geniş kitlelere ulaşmasına neden olmuştur. Evde bakım hizmetleri yapısı itibariyle çok yönlü ve dinamik bir yapıdadır. Sağlık, sosyal ve manevi boyutun iç içe olması uygulanmasını kolaylaştırarak verimliliğini artırmıştır. Bu hizmet türünün uygulandığı ülkelere birçok kolaylık sağlamıştır (Aybars, 2019: 197).

Bakımın evde sağlanarak hastane bakım yataklarının daha ileri düzey hastalara ayrılabilmesinin bu kolaylıkların başında olduğu çıkarımında bulunabilir. İlk bölümlerde sosyal devletin gereklerinden biri olarak ortaya çıkan bakım hizmetlerinin ne anlama geldiğini, kapsamını, kimlerin bu hizmetten faydalandığını, ortaya çıkış sebeplerini, türlerini, olumlu ve olumsuz taraflarını, finansman kaynaklarını ve ortaya çıkış sürecindeki evreleri ifade edilmiştir. Evde bakım hizmetleri özellikleri itibariyle ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu sebeple Türkiye’nin yanında Almanya’nın da bakım hizmetlerine yer vererek, Türkiye’deki hizmetlere görüş bildirme konusunda yardımcı olunabileceği amaçlanmıştır. Çünkü Almanya bakım hizmetlerinde bakım sigortasını kurarak bu konu itibariyle önde gelen ülkelerden birisidir.

#### **4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Ortaya Çıkışı ve Nedenleri Yönünden Karşılaştırma**

Almanya’da bireylere 1995 yılı itibariyle evde bakım hizmetleri sunulmaya başlarken, bakım hizmetlerinin sunumu 1996 yılı itibariyle başlamıştır. Türkiye’de ise evde bakım hizmetleri 1994 yılında Ankara’da belediye tarafından sunulmaya başlamıştır. Almanya’da yaşanan savaşlar, nüfus yapısının değişmesi, ailesi yapısında meydana gelen kırılmalar, hastanede sağlanan bakımın yeterli olmayışı, sağlık sektöründe yaşanan ilerlemeler ve artan maliyetler nedeniyle evde bakım hizmetleri gerekli bir hale gelmiştir. Türkiye’de ise toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranının artması, aile yapısında meydana gelen kırılmalar, sağlık sektöründe yaşanan ilerlemeler, hastane bakımının



istenilen düzeyde olmayışı ve artan maliyetler nedeniyle evde bakım hizmetleri gerekli bir hale gelmiştir (Aybars, 2019: 199-202).

Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkış nedenlerine bakıldığında iki ülkede de benzer nedenlerin olduğu ifade edilebilir. Evde bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin bireylere sunulması günümüzden yaklaşık 29-30 yıl önce başlamış olsada Türkiye tarihi boyunca yaşlılara önem veren bir toplum olmuştur. Eski Türkler de kabile yaşamıyla birlikte yaşlıların saygınlığının yüksek olduğunu ve bu olgunun töreleşmiş olduğu ilk bölümlerde ifade edilmiştir. Ayrıca İslamiyet öncesi dönem de dini ritüelleri ve ayinleri düzenleyen ‘‘Otacı’’, ‘‘Emçi’’ ve ‘‘Atasagun’’ adı verilen hekimlerin bakım hizmetlerini yaşlı bireylere sunduğu ifade edilmiştir. Dolayısıyla Türkiye’de Almanya’ya ya göre evde bakım hizmetleri kavramının ve bireylere sunulmasının yüzlerce yıl önce ortaya çıktığı ifade edilebilir.

#### **4.2. Bakıma Muhtaçlık Kavramının Yasal Çerçevesi Yönünden Karşılaştırma**

Almanya’da 1994 yılında Bakım Sigortası Kanunu onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunda bakıma muhtaçlık, bedenen ve zihinsel olarak hasta ya da engelli olunması nedeniyle yardıma ihtiyaç duyan birey olarak ifade edilmiştir. Almanya’daki bakım sigortasından yararlanabilmek için ifade edildiği şekilde bakıma muhtaç olmak gerekir. Bakıma muhtaçlık yaş ilerledikçe ortaya çıkan bir durum olsa da bireylerin yaşadıkları her dönem de ortaya çıkabilecek bir durumdur. Dolayısıyla bakıma muhtaçlık Almanya’da toplumsal anlamda sorun olarak görülmüştür. Toplumsal düzeyde problem arz eden bakıma muhtaçlık Almanya’da sosyal politikalar içerisinde yerini alarak kavrama hukuksal bir boyut kazandırılmıştır. Ayrıca Almanya bakıma muhtaçlık kavramını sosyal güvenlik sistemine dâhil edip hukuksal boyut kazandıran ilk ülkedir (Kocabaş ve Kol, 2020: 287-289).

Bireylerin hayatlarında sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamaları sosyal devlet ilkesinin getirmiş olduğu bir durumdur. Bu nedenle toplumlarda bulunan bakıma muhtaç bireylere sunulan hizmetlerin işlevleri yükseltilerek hayat standartlarının iyileştirilmesi sosyal devletin amaçlarından birisidir. Yaşın ilerlemesi ve engelliğinin oluşması, sosyal bir risk olarak görülen bakıma muhtaçlığı ortaya çıkarmıştır. Bu riskle karşı karşıya kalan bireyler bakıma muhtaç hale gelerek, başka bireylerden yardıma ihtiyaç duyar hale gelmişlerdir. Türkiye’de bakıma muhtaçlığa dair yasal çerçeve genel anlamda oturtulmamış ve tüm toplumu kapsayan bir tanım yapılmamıştır (Kocabaş ve Kol, 2020: 300). Türkiye’de bakıma muhtaçlık konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında, bireyin zihinsel ve fiziksel olarak gerilemesi sonucu yemek yeme, temizlenme vb. ihtiyaçlarında başka bir bireye ihtiyaç duyması olarak ifade edilmektedir (Balcı, 2017’den aktaran: Kocabaş ve Kol, 2020: 300).

Bakıma muhtaçlık kavramının yasal çerçeveye oturtularak, tanımının tam anlamıyla yapılması ve tüm toplumu kapsamaması, bu hususta yapılacak olan yardımları ayrıştırarak hangi bireye ne tür yardım yapılacağını kolaylaştırabilir. Ayrıca demografik geçiş sürecinde olan Türkiye’nin bakım

sigortasını kurarak buna yönelik olarak hizmet vermesi diğer sigorta kurumlarının yükünü hafifleterek karmaşıklığın ortadan kalkmasını sağlayabilir.

#### **4.3. Kapsam Yönünden Karşılaştırma**

Almanya’da hastalık sigortası bünyesinde olan bireyler aynı zamanda bakım sigortası kapsamına da dâhil edilmektedir. Bireylerin özel ya da yasal hastalık sigortası kapsamında olması, bakım sigortası kapsamına dâhil edilmelerinde bir problem arz etmemektedir. Ayrıca hastalık sigortası kapsamında olan bireylerin, bakım sigortasına dâhil olmaları için herhangi bir başvuru da bulunmalarına gerek yoktur. Çünkü sistem otomatik olarak bu bireyleri kapsama dâhil etmektedir. Aile sigortasının şemsiyesi altında olan çocuklar ve bireylerin eşleri, bakım sigortası kapsamına girmeleri için prim ödemelerine gerek yoktur. Gönüllü bir şekilde yasal hastalık sigortası yaptıran bireyin bakım sigortası kapsamına girebilmesi için yasal bakım sigortası kapsamına girmesi gerekmektedir. Ayrıca yalnızca temel bakımı sunan yasal bakım sigortasına tabi olan bireylere, bakım maliyetlerinin de pahalı olmasından dolayı bunun yanında özel bakım sigortasınada dâhil olunması önerilmektedir (Özmert Koçer, 2014: 75-76).

Daha önce de ifade edildiği üzere Türkiye’de bakım sigortası yoktur. Dolayısıyla bakım hizmetlerinin kapsamında hangi bireylerin olduğu ifade edilebilir. Bakıma muhtaçlık kavramının da kapsamlı bir şekil de ifade edilmeyip yasal çerçeveye oturtulmadığını ifade etmiştik. Türkiye’de evde bakım hizmeti kapsamında engelli, yaşlı ve bakıma muhtaç bireyler bulunmaktadır. Ayrıca ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar, Ortopedi ve Travmatoloji hastaları, Kalp, Damar ve Hipertansiyon hastaları, hemipleji (felçli) hastaları, onkoloji (kanser) hastaları, akciğer ve solunum hastaları, diyabet hastaları, nöroloji hastaları, oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar, yeni doğum yapan anne ve bebekleri, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar, grip, hepatit-B, zatürre gibi hastalıklardan korunmak için aşılanmak isteyenler, laboratuvar, tetkik ve test hizmetine ihtiyacı olanlar ve evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar hastaların da kapsam içinde olduğu ifade edilebilir.

#### **4.4. Amaç Yönünden Karşılaştırma**

Sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin bireylerin hayatlarına olumlu etkileri, teknolojiye yükselmenin yaşam koşullarını iyileştirmesi ve eğitim seviyesinin yükselmesiyle ülkelerde yaşlı nüfus oranları artmıştır. Bu durum ülkeler de yeni sorunları ortaya çıkarmıştır (Durgun ve Tümerdem, 1999: 116). Evde bakım hizmeti ihtiyacı duyan bireylerin büyük bölümünü yaşlılar oluşturmaktadır (Solmaz ve Altay, 2019: 151). Bireylerin yaşlılık sürecinde yaşadıkları problemlerin başında bakım gelmektedir. Yaşlı olan her birey bakıma muhtaç durumda olmasa da ilerleyen dönemlerde bu durumla karşı karşıya kalmaktadır (Adak, 2003: 87).

Kısa süreli olarak sunulan olarak sunulan evde bakım hizmetlerinde, bireye sunulan hizmetlerle uzun bir zaman geçmeden kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sunulacak olan hizmetlerde yapılan faaliyetler bireyin evinde düzenlenmektedir. Tamamıyla bakım hizmeti sunulan bireyi kapsayan bu durumlar sağlık düzeyinin iyileşmesi, eski sağlık düzeyine tekrardan kavuşması ve sağlık problemleriyle kendi gücüyle ilgilenebilmesi için bütünlük bir biçimde verilmektedir. Kısa süreli bakım; hemşirelik, beslenme ve fizik tedavi gibi hizmetleride bünyesinde barındırmaktadır (Yılmaz vd., 2010: 128).

Uzun süreli olarak sunulan evde bakım hizmetleri, günün büyük bölümünde yardıma ihtiyaç duyan kronik rahatsızlığı bulunan yaşlı ve engelli bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek, başkasının yardımına ihtiyaç duyduğu zamanları kısaltmak ve hastalık durumunun engellenemediği durumlarda özgür bir şekilde hareket etmelerini sağlamak için gerekli donanımı kazandırmak başlıca hedeflerindendir. Bakıma muhtaçlık bireyin hayatında aktivitelerini başka birine ihtiyaç duymadan yapamamasıdır. İfade edilen fonksiyonları yapma da yaşanan zorluk çoğu ülke de bakım hizmetlerinden faydalanma şartlarından birisidir (Yılmaz vd., 2010: 128).

Almanya sosyal devlet ilkesiyle beraber insana yaraşır bir hayat şartları sağlama ve yardıma ihtiyaç duyan bireyin bu ihtiyaçlarını görmek için bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar yapmakta ve bu alanda gelişim sağlama amacındadır. Türkiye ise bakım, yardım ve koruma yönünde ihtiyaçlı olan bireylere sosyal hizmet sağlama, bireylerin kontrolleri dışında gerçekleşen maddi ve manevi kayıpları eski düzeye getirme amacındadır. Aynı zamanda bakıma muhtaç bireylerin sorunlarını çözüme kavuşturmak ve kaliteli bir hayat yaşamalarını sağlamak için bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar yapmakta ve buna yönelik gelişimleri desteklemeye çalışmaktadır (Aybars, 2019: 204).

#### **4.5. Sağlanan Yardımlar ve Yararlanma Koşulları Yönünden Karşılaştırma**

Almanya’da bakım sigortası bireylere sunulan bakım hizmetine dahil olan maliyet kalemlerinin hepsini karşılamamaktadır. Bu hususta tavan bir limit belirlenerek temel bakım ihtiyaçları kapsam altına alınmıştır (Schulz, 2010’dan aktaran: Ayhan, 2014: 85). Bakım sigortası kapsamına alınan bireylere, ekonomik durumları göz önünde bulundurularak ayni ve nakdi olarak yardımlar yapılmaktadır (Ağören, 2017: 16). Başka bir ifadeyle, birey bakım hizmetinin sunumunu isteyebileceği gibi bunun yerine sadece bakım parasınıda isteyebilir. Bakım parası, bakım yükünü üstlenen bireye verilmeyerek direkt olarak bakım hizmeti sunulacak olan bireye verilir. Evde ve kurumda olmak üzere iki türü bulunmaktadır (Balcı ve Gökçeoğlu, 2017’den aktaran, Kocabaş ve Kol, 2020: 292). Bireylere sunulan sosyal bakıma sosyal yardımlara göre daha çok önem verilmektedir. Bu hizmetler sunulurken bireylerin maddi ve kişisel durumları göz önünde bulundurulmaktadır. Sosyal yardım son çare olarak kullanılmakta ve başvuruyla birlikte yardıma hak kazanılmamaktadır. Sosyal yardıma hak kazanabilmek için sosyal yardım kurumuna tüm koşulların oluştuğunu bildirmek gerekmektedir (Karabulut, 2011: 136).

Bakım sigortasında, bireylere sunulacak olan bakım hizmetlerinin ev ortamında gerçekleştirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca evde sunulan bu hizmet gezici bakım hizmetleri olarakta adlandırılmaktadır. Bu hizmet birey ve ailesine sağlanan bütün imkanları içerisinde barındırmaktadır. Kurum bakımına istinaden ortaya çıkan evde bakım hizmetleri, bakım gören ve bakım yükünü üstlenen bireylere yardımcı olmak için kamu ve özel kurumlar tarafından sunulmaktadır (Balcı ve Gökçeoğlu, 2017'den aktaran: Kocabaş ve Kol, 2020: 293). Bakım sigortasına göre bireye sunulan bakım hizmetlerinde ilk önce akraba ve komşularının sunduğu bakımın desteklenmesi gerekmektedir. Birey ise sağlığına dikkat ederek sunulan tıbbi ve sosyal hizmetlere özverili yaklaşmalıdır (Metin, 2014: 44).

Bakım hizmetinin bireyin ailesi ve yakınları tarafından sunulması halinde, hizmeti sunulan bireye bakım parası verilmektedir. Profesyonel bir bakıcı tarafından sunulması halinde ise bu bireye verilmektedir (Hekimler, 2015: 65-66). Maddi olarak sağlanan yardımlar, bakım hizmeti gören bireye verilmektedir. Aynı zamanda birey sağlanan bu yardımı bakım yükünü çeken aile bireylerinede verebilmektedir (Ökem ve Can, 2014'ten aktaran: Kocabaş ve Kol, 2020: 293).

Almanya'da bireylere evde bakım hizmetleri hususunda verilen hizmetler aşağıda sıralanmıştır (Metin, 2014: 29);

- Beden temizliği,
- Yemek yeme,
- Mobilite,
- Tıbbi Destek,
- Sosyal Yardım.

Bakım hizmetinin aile üyelerinin biri tarafından sunulması halinde, bu aile üyesinin de rahatsızlanıp dinlenmesi gerekeceği düşüncesinden dolayı bakım sigortası hükümleri birtakım kolaylıklar sunmuştur. Böyle bir durumun oluşması halinde, bakım hizmeti sunulan birey dört hafta süreyle geçici bakım adı verilen hizmetten faydalanmaktadır. Geçici bakım hizmeti bireylerin diğer aile üyelerinin yanı sıra profesyonel olarak çalışan başka bir birey tarafından da sunulabilmektedir. Oluşan bu durum sonucu bakım parasının yarısı ödenmektedir. Sağlanan bu kolaylıkta hedef, bakım yükünü üstlenen bireyin dinlenme ihtiyacının giderilmesini sağlamaktır (Hekimler, 2015: 66-67).

Almanya'da ayakta bakım hizmetinde bireye sunulacak olan bakımın aile üyeleri ya da yakınları tarafından sağlandığında, bakım sigortası bireye bakım parası ödemekte ve bakım yükünü üstlenen bireyinde emeklilik aidatlarında devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca bakım derecelerine ayrılan bireylere, birinci derece için ödeme yapılmamakla birlikte, ikinci derece için 316€, üçüncü derece için 545€, dördüncü derece için 728€ ve beşinci derece için 901€ parsal yardım

yapılmaktadır. Aynı zamanda, yatağa tam bağımlı geçici bakım için, ikinci derecede olanlara 689€, üçüncü derecede olanlara 1.298€, dördüncü derecede olanlara 1.612€ ve beşinci derecede olanlara 1.995€ yardım yapılıp, ağır hastalar için ise ikinci derecede olanlara 770€, üçüncü derecede olanlara 1.262€, dördüncü derecede olanlara 1.775€ ve beşinci derece olanlara 2.005€ parasal yardım yapılmaktadır.

Almanya’da kurumsal bakım, gün içerisinde oluşan temel istek ve ihtiyaçları gidermede sağlık problemi ya da engeli sebebiyle güçlük çeken bireylerin kamu ya da özel kurumlar da yatılı ya da gündüzlü bir şekilde hizmet görmesidir (Balcı ve Gökçeoğlu 2017’den aktaran: Kocabaş ve Kol, 2020: 295). Bireye sunulan evde bakım hizmetinin istenilen düzeyde olmaması durumunda birey, yatılı ve gece bakımı hizmetini talep edebilme hakkına sahiptir. Bireylerin kurumda kalması sağlanarak sunulan gece bakımı, bireyle ilgilenen aile üyesi ya da yakınının çalışması halinde devreye girer (Çağlar, 2015: 110). Sabit bakım hizmetleri olarak da adlandırılan tam yatılı bakım, evde ya da kısmi olarak bakımın mümkün olmaması durumunda bakıma muhtaç bireyin bakım yurduna alınarak hizmet verilmesidir. Bakım hizmeti verilen bireyin, bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, tam yatılı bakımda planlanan birinci hedeftir. Bu hizmetin sunumu sırasında oluşan tüm giderler bakım kasası tarafından giderilmektedir (Metin, 2014: 36).

Sabit bakım hizmetleri olarak adlandırılan tam yatılı bakım, sürekli ve kısa süreli olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan sürekli bakım hizmeti, evinde tek olarak hayatını geçirmekte zorlanan, bakımı aile ya da yakınları tarafından görülemeyen ve günün hemen, hemen her bölümünde yardıma ihtiyaç duyan bireyler için geliştirilmiş bir modeldir. Almanya’da bu hizmet modelinden büyük oranda yaşlılar faydalanmaktadır. Kısa süreli bakım ise bakım ihtiyacı duyan bireye geçici olarak yatılı bir şekilde bakım hizmetinin sunulmasıdır. Bireyin ameliyat olduktan sonra aldığı geçici bakım buna örnek verilebilir. Bakım yükünü üstelen bireyin rahatsızlanması ya da tatile gitmesi durumunda, bakıma muhtaç birey kısa süreli bakım kapsamında hizmet görebilmektedir. Bu hizmet türü yılda 4 haftalık bir süreyle sunulmaktadır. Yaşlılar evi, yaşlı bakım evi gibi kuruluşlar bu hizmetin sunulduğu yerlerdir. Kısa süreli bakım hizmetinde ortaya çıkan masrafların 1.550€ kadar olan kısmı bakım kasası tarafından ödenmektedir (Çağlar, 2015: 38-111)

Bireylerin bakım sigortasının sağladığı hizmetlerden faydalanabilmesi için bakım sigortasında ifade edilen bakıma muhtaçlık kriterlerini taşıması gerekmektedir. Almanya’daki bakıma muhtaçlık kavramı daha önceki bölümlerde detaylı bir şekilde ifade edilmiştir. Bireyin son 10 yılı kapsayan dönemde sigortalı olmak şartıyla 5 yıl boyunca prim yatırması bakım sigortası kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanabilmesinin diğer şartlarından. Çalışmayan ve yoksul durumda olan bireylerin primleri devlet tarafından ödenmektedir (Kocabaş ve Kol, 2020: 296). Bakım sigortasından faydalanabilmenin bir diğer şartı ise 6 ay boyunca temizlik, yemek yeme vb. sürekli olan birey ihtiyaçlarının yapılamamasıdır (Hekimler, 2015: 62).

Türkiye’de ise görme engelli bakıma muhtaç bireylere 2022 yılı için aylık 3.336₺ ödeme yapılmaktadır. Yaşlı aylığında ise 65 yaş üstü bireyler faydalanmakla birlikte aylık olarak 3.504.84₺ ödeme yapılmakta ve bu yardımdan faydalanmak için engelli-yaşlı olunması gerekmektedir. Ayrıca hanede kişi başı aylık gelirin net asgari ücretin 1/3’ünden az olması gerekmektedir. Engelli aylığı yardımı kapsamında yapılan yardımlar için %40 ve üzeri engeli bulunduğu dair rapor alınması gerekmekte ve %40 ile %69 arasında olanlara 2.797.80₺, %70 ve üzeri için 4.169.70₺ parasal yardım yapılmaktadır.

2024 yılı için, engellilere sağlanan evde bakım ücreti aylık olarak 7.608.71₺’dir (Wikipedia, 2024).

Yapılan yardımları miktar üzerinden değerlendirecek, aylık verilen paraların orta seviyede olduğu söylenebilir. Almanya’da yapılan yardımlar konusunda da orta seviyeli bir hal olduğu söylenebilir. Fakat ödenen paraların tam anlamıyla bireylerin ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığına genel olarak bir yorum yapılabilmesi için ülke ekonomilerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Sanayi alanında devlerden biri olan ve üretim konusunda epeyce yükselmiş olan Almanya’nın çevremizde o bölgelerde yaşayan insanların görüşlerinden de hareketle daha iyi olduğu ifade edebilir. Çünkü sistemi tam anlamıyla oturmuş ve tamamıyla düzene dayalı işler sebebiyle ekonomisi çok dalgalı gitmeden devam etmekte olup insan ihtiyaçlarına Türkiye’den fazla cevap vermektedir. Başka bir açıdan bakıldığında yüzlerce yıldır krizler, siyasi baskılar ve dayatmalarla uğraşan Türkiye’nin bu konularda epeyce yol aldığı ifade edilebilir. Çünkü Türkiye coğrafya olarak problemlili bir bölgede bulunmaktadır. Bir yandan terör bir yandan Türkiye’ye karşı yapılan saldırılar ve bölme hareketleri Türkiye’nin birçok sorunla aynı zamanda mücadele etmesine neden olmuştur. Aslında Türkiye geçmiş Türkiye ile karşılaştırıldığında hemen, hemen her konuda ilerlediği çıkarımında bulunulabilir. Bir alanda %1 ilerlemenin kötü değil iyi olduğu düşüncesindeyim. Çünkü bir çiçekle bahar gelmez, ama her bahar bir çiçekle başlar. Dolayısıyla ilerleyen yıllar da Türkiye’nin özellikle bu kriz ortamından çıktıktan sonra Almanya’nın yanı sıra diğer büyük Avrupa ülkelerinin de bakım hizmetlerinin yanı sıra diğer hizmetlerde de önünde seyredebilir. Çünkü Türkiye tarihi boyunca her alanda büyük işlere imza atmış bir devlettir.

Tüm bunların yanı sıra Covid-19 salgınıyla birlikte dünyada baş gösteren ekonomik kriz, yapılan bu parasal yardımların tam anlamıyla birey ihtiyaçlarını karşılama hususunda yetersiz kalabilir. Dolayısıyla miktar bazlı artırımlar bireylerin az da olsa ekonomik olarak rahatlamasını sağlayabilir. Ayrıca Türkiye’de yapılan yardımlar için Türkiye’de bir sigorta kurulu ve fonu oluşturularak diğer kurumların yükü hafifletilmeli, verilen paralar enflasyona ve diğer etkenlere maruz bırakılmamalıdır. Almanya’da yapılan yardımlar bakım derecelerine ayrılarak tüm toplumu kapsayacak şekilde olmakta ve buna göre parasal ödemeler yapılmaktadır. Türkiye’de engellilik durumu yüzdelere ayrılmakta ve yaşlılık aylığının 65 yaş üstü olunması aynı zaman da yaşlı-engelli kategorisinde olunması halinde ödemeler yapılmaktadır. Almanya da her dereceye farklı parasal

yardımlar düşmektedir. Türkiye’de ise farklı yüzdelere farklı parasal yardımlar yapılmaktadır. Dolayısıyla kapsadığı alanın dışında sadece derece ve yüzdelik olarak bir farklılık bulunmaktadır. Türkiye’nin de daha önce birçok kez ifade ettiğimiz gibi bakım sigortası kurarak çok kapsamlı bir şekilde çalışmalar yapması gerekmektedir. Almanya ve diğer ülkelerin bu konuda yaptığı çalışmalar yeni kurulacak olan bir bakım sigortasına örnek olabilir. Ayrıca tarihi boyunca yaşlı ve korunması gereken toplum gruplarına önem veren Türkiye’nin bu konuda yapacağı bir çalışma ilerleyen yıllarda ilk bakım sigortasını uygulamaya koyan Almanya’ya dahi örnek olabilir.

Türkiye’de yapılan bu hizmetlerin Almanya’da bakım sigortasıyla ilgisi yoktur ve aralarında farklılıklar bulunmaktadır. Bakım sigortasının sunduğu hizmetlerin maddi yükünün, bireylerin ilerleyen yıllarda yaşlanacağından hareketle alınan primler üzerinden giderilmesi ve profesyonel hizmet sunmanın yanı sıra sosyal birliğin sağlanması da bu farklılıklar içerisindedir (Yakınların Bakımı 2020’den aktaran: Kocabaş ve Kol 2020: 302). Bakıma muhtaç engelli bireylere ilişkin yayımlanan yönetmelikte, bireylere yönelik kişisel bakım, yemek yeme, tuvalet ihtiyacının giderilmesi ve sosyal destek gibi hizmetlerin verildiği görülmektedir. Daha önceki bölümler de ifade ettiğimiz gibi Almanya’da da aynı tür hizmetlerin sunulduğu görülmektedir. Dolayısıyla iki ülkede de benzer hizmetlerin sunulduğu ifade edilebilir. Almanya’da evde bakım hizmetinin kapsamına bakıma muhtaçlığın kavramsal boyutu içerisinde olan bireyler girmektedir. Türkiye’de ise engelli, yaşlı ve bakıma muhtaç bireyler bu kapsamda hizmet almaktadır. Dolayısıyla kavramsal olarak farklı gibi gözükse de aynı tür bireylerin bu hizmetten yararlandığı görülmektedir. Ayrıca iki tür hizmetin de sosyal hizmet içermesi, kısa ve uzun süreli olması bakımından da benzerlikleri bulunmaktadır.

Almanya’da kurum bakımı yaşlılar evi, yaşlı bakım evi ve rehabilitasyon merkezlerin de sunulmaktadır. Aynı zaman da bunlara ek olarak alternatifler geliştirilmiştir. Yaşam evleri bunlardan bir tanesidir. Yalnız yaşayamayan ve yatılı olarak kurumlar da kalmak istemeyen demanslı hastalar için geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modelde, aileye benzer ortamların oluşturulması ve giderlerinin birlikte üstesinden gelinmesi planlanmıştır. Üç kuşak evleri modeli ise, farklı jenerasyondaki insanları aynı çatı altında birleştirme hedefindedir. Dayanışma içerisinde hareket ederek çocuk, genç ve yaşlı bireylerin hayatlarını aynı ortamda geçirmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Geçmişteki geniş aile tipini günümüzde yaşatmaya çalışan bu projenin gençler için kabul edilebilir bir durum olacağını söylemek güçtür (Çağlar, 2015: 101-145).

Bir diğer model olan yaşlı rezidansları, ekonomik güçleri yüksek olan yaşlı bireyler için geliştirilmiştir. Buradaki bireyler ihtiyaçları kadar ve bakım sigortası kapsamındaki bütün bireylere sunulan hizmetleri görmektedirler. Yaşlı rezidansları hizmetlerini alan bireyler genellikle özel bakım sigortası kapsamında olanlardır. Özel sigorta kapsamında olursa dahi, bura da bireyler sigortanın sunduğu hizmetlerden yararlanmaktadırlar. Yani birey, olağan hizmetler dışında gezme ve eğlenme gibi faaliyetlere katılmak isterse maliyetini kendi karşılamak zorundadır. Çağrı sistemli bilişimsel hizmet modeli, bireyin özgür bir şekilde hareket etmesini sağlamak için oluşturulmuş bir modeldir.

Hizmet gören bireyin ailesinin, hizmet sırasında güvende olduğunu bilmek olumsuz düşüncelerin ortaya çıkmasını engelleyecektir. Bireylerin kendi işlerinin olduğu dönemlerde bakım gören bireyin yanında onunla zaman geçirecek birinin var olduğu bu model, birçok yönden fayda sağlamaktadır. Hospiz olarak adlandırılan model ise ağır hastalar ve ileri yaşta bulunan bireyler için uygulanmaktadır. Bireye her an müdahale edilmesinin yanı sıra, sağlık ve bakım yönünden karma bir modeldir. Bakım sisteminin merkezinde ise kamu yerel, özel ve sivil toplum kuruluşları bulunmaktadır (Çağlar, 2015: 101-145).

Türkiye’de ise yaşlı hizmet merkezleri, yaşlı dayanışma merkezleri, rehabilitasyon merkezler vb. kurumların yaşlı bireyin boş zamanlarını değerlendirmek, yaşam şartlarını iyileştirmek, günlük ihtiyaçlarını gidermek ve sosyal bakımdan zenginleşmesini sağlamak için faaliyetler göstermektedir. Aynı zamanda yönetmelikler çerçevesinde kamu ve özel huzurevleri açılarak yaşlı bireylerin yurtsuz kalmamalarının sağlanması yönünde çalışmalar yapılmaktadır. Bunların yanı sıra Türkiye’de Özel Bakım Merkezleri ve Aktif Yaşam Merkezleri gibi kurumlar yaşlı bireylere sosyal hizmet sunmaktadır (Kocabaş ve Kol, 2020: 363). Her ne kadar adları değişiklik gösterse de Almanya ve Türkiye’de bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunan bu kuruluşların aynı amaca hizmet ettiğini görülmektedir. Türkiye’de oluşturulan bu kurumların birçoğu daha önce ifade edildiği üzere hükümet tarafından yönetmeliklerle oluşturulduğu için bakım sisteminin merkezinde devletin olduğu çıkarımında bulunulabilir.

#### **4.6. Finansman Yönünden Karşılaştırma**

Bakıma muhtaçlık kavramıyla birlikte ortaya çıkan ve bireylere sunulan bakım hizmetlerinin hangi kaynaktan sağlanacağı bu konudaki en önemli sorunlardan biridir. Almanya’da primli sistem çerçevesinde bakım hizmetlerinin finansmanı sağlanmaya çalışılmaktadır. Başka bir anlatımla bakım sigortasından sağlanan hizmetler bireylerden alınan katkı paylarıyla finanse edilmektedir. Türkiye’de ise bakıma yönelik bir güvence sistemi bulunmamaktadır. Aynı zamanda bakıma yönelik faaliyetlerin finansmanı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlardan tarafından sağlanmakta bunun yanında özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından primsiz model etrafında şekillenmektedir. Finansman olarak Türkiye ve Almanya farklı yöntemler uygulamaktadır. Almanya primler vasıtasıyla geleceğe yönelik yatırım yaparken Türkiye’nin bu konuda oturmuş bir sisteminin olmadığını söyleyebiliriz. Bakım sigortası bu konuda önemli bir işlevsellik sağlayıp, bireylerin geleceğine yatırım yapmaktadır. Dolayısıyla yaşlılık sorunlarıyla baş başa kalan bireyler güvence sisteminden ötürü bir nebze olsun rahatlamaktadırlar ve bunu düşünerek zihinsel anlamda çökmemektedirler. Türkiye’de ise giderek artan yaşlılık oranları ileride bu sorunun daha büyük hale gelmesine yol açabilir. Dolayısıyla bireylerin zihinsel anlamda da çökmesini engellemek için geleceklerine yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir.



#### 4.7. Denetim Yönünden Karşılaştırma

Evde bakım hizmetlerinde denetim mekanizmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz. Sunulan hizmetlerin ne şekilde olduğu, kalitesi, bireylerin bu konudaki görüşleri, istek ve arzuları denetim mekanizması yoluyla öğrenilebilir. Çünkü her ne kadar hizmet sunumu yönetmeliklerde ve kanunlarda ifade edilse de bu sunumu yapan bireyler kurallara uymayabilir. Ayrıca verilen hizmetin eksiklikleri ve bu konudaki şikayetler denetim yapılması halinde öğrenilebilir. Bunlardan hareketle hizmet verimliliği ve kalitesi için yapılması gereken şeyler üzerine çalışmalar yapılarak hizmet sunumu daha üst seviyelere çıkarılabilir. Aksi halde sunulan hizmet tabiri caizse olduğu yerde sayar. Bu bilgiler ışığında Türkiye’de bakım hizmetlerinin kalitesi, hizmet sunumu, çalışanların bireylere yönelik tutumlarının Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapıldığı ifade edilebilir. Çünkü önceki bölümlerde ifade edildiği üzere evde bakım ya da sağlık hizmetlerinden sorumlu olan organların bu bakanlıklar olduğu görülmektedir.

Almanya ise bakım sigortasının onadığı müesseseler tarafından denetim gerçekleştirilmektedir (Aybars, 2019: 212). Almanya da çağdaş bir bakım sistemi bulunmaktadır. Dolayısıyla bu sistem bakım hizmetlerine yönelik görevleri başka bir müesseseye bağlı kalmadan yürütmektedir. Türkiye’de ise iki bakanlık tarafından yapılmaktadır. Tek bir merkezden denetim yapmanın daha iyi gerçekleşeceğinden hareketle Almanya’da denetimin faaliyetlerinin Türkiye’ye nazaran iyi olduğu sonucuna ulaşılabilir.

#### 4.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuzlukları Yönünden Karşılaştırma

Bakım hizmetlerinin olumlu yönleri olduğu gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Aile bireylerinin bakım konusunda eğitimsiz ve bilinçsiz olmaları hizmet sunumu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle bakım yükünü üstlenen bireylerin bilinçsiz oluşu, bu hizmetinde verdiği zihinsel problemlerle birlikte hem bakım alan bireyin hem de bakım yükünü üstlenen bireyin bu durumdan olumsuz bir şekilde etkilenmesine neden olmakta ve farklı olumsuzlukların oluşmasını sağlamaktadır. Ayrıca bütün ülkelerde baş gösteren finansman sorunu tüm bakıma muhtaç bireylere bu hizmetin ulaşmasını engellemekte ve istenilen hizmetin alınamamasına neden olmaktadır.

Daha önce de ifade edildiği üzere Almanya Avrupa bölgesindeki en yaşlı nüfus oranına sahip ülkelerdendir. Güçlü bir bakım sigortası olsa dahi daha da artan yaşlı nüfus oranı, sürekli bir şekilde sistemin yenilenmesi ve yeni koşullara uyarlanması riskini ortaya çıkarmaktadır. Almanya’da bakım hizmetlerine yönelik olumsuzlukların başında bu sebebin olduğu çıkarılabilir. Türkiye’de ise daha önce ifade edildiği üzere sistemin tek elden yürütülmemesi, yani farklı bakanlıklar adı altında bakım hizmetlerinin sunulması, denetim mekanizmasının da hizmet sunumun da olduğu gibi farklı bakanlıklar adı altında paylaştırılması olumsuzlukların başında gelmektedir. Aynı zamanda bakıma yönelik düzenlenen uygulamalar incelendiğinde farklı bakanlıkların olduğu

görülmektedir. Bunun yanı sıra özel sektör ve gönüllü kuruluşlarda bu işin içine girmiştir. Fazlalık her zaman iyi bir şey olarak görünse de aslında değildir. Çünkü karmaşıklığa yol açarak aslında tek bir olgu olarak görülen şeylerin her yerde farklı ve düzensiz işlemesine neden olurlar. Dolayısıyla Türkiye’de de bakım hizmetlerinde hemen, hemen her sektörün girmesi sistem karmaşıklığının daha fazla olmasına yol açabilir. Yaptığımız araştırmalarda bu konuya yönelik kursların verildiği ve bu konuda aile bireylerinin bilinçli olduğuna dair bir şeye rastlayamadık. Dolayısıyla eğitimsiz bir bakım hizmeti de yeterli kalitenin olmamasına sebebiyet verir. Türkiye ve Almanya’nın farklı olumsuzluklara sahip olduğu ifade edilebilir. Her ne kadar Almanya bu konuda çağ atlamış bir ülke olsada, bu konu da farklı problemlerle baş etmek zorunda kalmıştır. Ülkelerde iktidar ve muhalefet partilerinin ortaklaşa çalışmalarıyla bu konuda ilerlemek mümkün olabilir. Çünkü her zaman olduğu gibi birlikten kuvvet doğar.

#### **4.9. Bakım Yapan Bireyin Sosyal Güvenliği Açısından Karşılaştırma**

Almanya’da bakım hizmetini sunan bireyin bakım zaman süresi içerisinde sağlık ve bakım sigortaları hükmünü devam ettirmekte, ayrıca bu süre içerisinde aile sigortası geçerliliğini korumakta, bu tür imkanlar bu süreler zarfında geçerli olmadığında birey prim ödeyerek isteğe bağlı şekilde sağlık sigortası kapsamında yararlanmaya devam etmekte, sağlık sigortasına devam edildiği zaman bakım sigortasıda bir şey yapmadan hüküm bulmakta ve bireyler dilekçe ile başvuru yaptığında bakım sigortası kapsamında ödenen ücretlerin asgari tutarı bireye geri verilmektedir. Ayrıca burada bulunan katkı payları bakım kasası aracılığıyla ödenmekte, bakım zamanı süresi içerisinde bakım zorunlu sigortasının hükmü işleyişini devam ettirmekte, bakım kasası ya da bakıma muhtaç olan bireyin bakım sigorta şirketine dilekçe vermesi halinde katkı payının asgari tutarı bireye geri verilmekte, bakıcı olan bireye birden fazla dereceye sahip olan muhtaç bireylere bir haftalık süreçte minimum on saat, tertipli bir şekilde iki güne yayılmış bakımıyla ilgileniyorsa, 30 saatin üstünde kendi işine gidemiyorsa emeklilik sigortası hükmünü devam ettirmekte, bakım süresi boyunca çalışma saatleri azaltılıyorsa, azaltılan sürenin sigorta katkı payı da işveren tarafından ödenmektedir. Türkiye’de ise bakım yapanın sosyal güvenliğine dair konularda yapılan araştırmalar sonucu bir bilgiye ulaşılamamıştır. Özellikle kendi işine gidememesi halinde emeklilik sigortasının hükmünü devam ettirmesi bireyin geleceği açısından çok önemlidir. Türkiye bu konuda Almanya’ya göre geri kalmıştır. Dolayısıyla Türkiye’de sistemi oluşturarak çalıştırmaya başlamalıdır. Çünkü birçok kez ifade ettiğimiz gibi giderek yaşlanmakta olan bir nüfusla karşı karşıyayız. Sistemi olan ülkeler dahi problem yaşarken Türkiye’nin sistemi olmaması daha büyük sorunlarla baş başa kalmasına neden olabilir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan bu çalışma ile Türkiye ve Almanya'nın bakım hizmetleri mukayese edilmiş, edilen mukayeseyle birlikte Türkiye ve Almanya'nın bakıma yönelik hizmetleri hususunda aydınlatıcı bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Yapılan araştırmalarla iki ülkenin de bakım hizmetlerine yönelik olumlu ve olumsuz yönleri ele alınarak bir sonuç elde edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca bakım sigortasını hayata geçirerek bütün dünyaya örnek olan Almanya'nın sisteminden hareketle bakım hizmetleri konusunda yeni olan Türkiye'nin sisteminin geliştirilmesine yönelik öneriler sunulmuştur.

Doğum oranlarının azalması, sağlık ve teknoloji konusunda ilerlemeler, bireylerin şuur seviyelerinin giderek artması, hayatta kalma süresinin uzaması ülke nüfuslarının yaşlanmasına sebebiyet vermektedir. Ülke nüfuslarının yaşlanması toplumsal anlamda birçok sorunun oluşmasını sağlamıştır. Nüfus yapısının erozyona uğramasıyla birlikte sosyal güvenlik sistemlerinin canlı olan dengesi bozulmuş, bu da gelirleri azaltırken giderleri artıran bir etkinin oluşmasına neden olmuştur. Bunun yanı sıra, ülkelerde yaşayan bireylerin büyük bir çoğunluğunun yaşlanması sağlık ve bakım masraflarının artmasını sağlamıştır. Bilhassa tahmini hayatta kalma müddetinde yaşanan artışla gündelik etkinlikleri yapamayan bireyler başkalarının yardımına ihtiyaç duyar hale gelmiştir. Bakıma muhtaç olan bu bireylere hizmet sunacak yeterli çalışanın bulunmaması, hizmet sunum niteliğinin alt seviyelerde seyretmesi, bu hizmetlerde faaliyet gösterenlerin zor şartlarda düşük kazançla ve kayıt dışı olarak çalışmaları giderek global bir bakım buhranının oluşmasını sağlamaktadır. Tüm bu nedenlere ek olarak çekirdek aile yapısının güçlenmesi, kadınların çalışma hayatına girmesi sebebiyle kadının görevi olarak görülen bakım hizmetinin diğer aile üyeleri tarafından sunulmasının zor olması bakım yönelik bir sigorta sisteminin Türkiye'de de kurulmasına işaret etmektedir. Bakıma muhtaçlık durumunun, Almanya'da görüldüğü gibi sigorta kapsamına girmesi gereken büyük bir toplumsal endişe olması nedeniyle, Türkiye'de de bakıma muhtaç olan bireylerin maddi güçlerinden ayrı olarak sosyal güvenlik sistemi kapsamının içine dahil edilebilecek bir bakım sistemine gerek duyulmaktadır.

Günümüzde gelişmiş olan ülkeler gittikçe artan yaşlı nüfusun yanında çocuklar, engelliler ve kadınların yararlandığı bakım hizmetlerini geliştirmek için sistem çalışmaları yapmaktadırlar. Almanya'nın Türkiye'ye nazaran daha iyi bir sisteme sahip olduğunu ve bakım hizmetlerini bu sistem aracılığıyla yürüttüğü görülmektedir. Bakım hizmetleri konusunda sisteme sahip olmayan Türkiye'nin bu konuda yeni olmasına rağmen farklı bakanlıklar bünyesinde düzenlemiş olduğu birçok kanun, yönetmelik ve yönergeler bulunmaktadır. Düzenlenen tüm bu mevzuata karşı Türkiye'de bakım hizmetlerin seyri istenilen düzeyin altında kalmıştır. Bakıma muhtaç olan

bireylerin ailelerinin yanı sıra birçok kurum ve kuruluş tarafından hizmet sunulsa da kaynakların kısıtlılığı hizmet kalitesinin düşük olmasına neden olmuştur. Toplumda yaşayan bütün bireylerin karşılaşacakları olumsuzluklara yönelik bir bakım sigortası bulunmamaktadır. Gelir seviyesi yüksek olan bireyler bu hizmeti daha iyi ve rahat bir şekilde alabilmek için özel teşekküllere başvurumaktadırlar. Bu sebeple bakım hizmetlerine yönelik birbirinden bağımsız çok farklı hizmet şekilleri ortaya çıkmaktadır. Bakımı sunan aile bireylerinin bu konuda eğitimsiz ve bilinçsiz oluşu, Türkiye’de başlıca problemlerden birisidir. Devlet bakım yükünü üstlenen bu bireylerin bir nebze rahatlamasını sağlamak için bakım parası vererek desteklemektedir. Fakat bakım hizmetlerinin denetim mekanizmasına genel anlamda işlerlik kazandırılmamıştır. Ayrıca bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireyler, hizmetlerden yararlanma konusunda zorluk yaşamaktadırlar. Aktif bir evde bakım hizmeti sistemi oluşturabilmek için evde bakım ihtiyacı olan bütün kesimleri belirleyerek ana çekirdeğin saptanması gerekmektedir. Aynı zaman da birincil ihtiyaçların tanımlanması, hizmeti sunan bütün kurum ve kuruluşların görevlerinin ifade edilmesi, kendi aralarında dengeli ve tutarlı bir şekilde hizmet vermeleri sağlayacak yalın ve cazip edimlerin geliştirilmesi, evde bakım hizmetine ihtiyacı olan bireylere bu hizmetlere intikal etmesine duvar olan etkenlerin saptanması, tavsiyeler tesis edilerek hizmete vasıl olmanın sağlanması ve bu konudaki maliyetin nereden karşılanacağıyla ilgili çalışma yapılması gerekmektedir.

Sonuç olarak bakıma muhtaçlığın büyük bir sorun teşkil etmesi sebebiyle, bu soruna yönelik bireyleri güvence altında tutacak bir sistemin oluşturulması gerekmektedir. Bu yönde oluşan durumlar sonucu ülkeler sosyal politika alanlarında yeni çalışmalar yapma gereği duymuşlardır. Türkiye’de içinde bulunduğu sosyal devlet olgusundan hareketle bakıma muhtaç olan çocuk, kadın ve özellikle yaşlılara yönelik çalışmalar yaparak birçok yönde yardım almaları ve avantajlı olmalarını sağlamıştır. Özellikle bireylere yönelik sosyal yardımlar kendilerince olmayan sebeplerden dolayı yoksul muhtaç durumda olan bireyleri kapsadığından toplumdaki tüm gruplar bu yardımlardan faydalanamamaktadır. Hem idarenin hem de yerel yönetimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin içeriği ve kalitesinin tatminkâr olmaması sebebiyle Türkiye’de bakım sigortası hayata geçirilmelidir. Bunlardan hareketle çoğu ülkede yaşlılık sigortalarında iyileştirme olması gerektiği gün yüzüne çıkmış ve yaşlılık sigortasının yanında bakım sigortasının da olmasına gereksinim duyulmuştur. Dolayısıyla ülkeleri vatandaşları için bakım sigortası kurma yoluna gitmiş, bu yönde sisteme sahip olan ülkeler ise ıslahat çalışmalarına başlamıştır. Bu bilgiler ışığında bakım sigortası sisteminin oluşturulması ve sistemin yıllar itibariyle güncellenmesi, ülkelerin birincil hedefi olması gerekmektedir. Aynı zamanda kurulacak olan bakım sigortasının karşılanacağı kaynak meselesi de ülkeler için önem arz etmektedir. Bakım sigortası oluşturulurken, ne tür hizmetlerin sunulacağı, sunulacak olan hizmetlerin maliyetinin hangi kaynaklardan karşılanacağı bu konuda oluşan temel problemlerdendir. Bu nedenle oluşan bu problemler karşısında finansmanın kolay bir şekilde karşılanacağı bakım hizmetleri gereksinimi oluşmaktadır.

Hedeflediğimiz ve cevap aradığımız sorular çerçevesinde, Türkiye’de tüm toplumu kapsayan bir bakım sigortasının olmaması ve Almanya’da tüm toplumun kapsama alınması Almanya’da kapsam yönünde bakım hizmetlerinin daha iyi olmasını sağlamaktadır. Ayrıca finansmanın farklı bakanlıklar, kurum ve kuruluşlar tarafından giderilmesi sistem karmaşıklığına yol açarak bu yönde çalışmaları zorlaştırmaktadır. Almanya bakım sigortası bünyesinde işçi, işveren ile devlet tarafından kurallar bütününde toplanan primler sayesinde sistem karmaşıklığı giderilmiştir. Dolayısıyla Almanya’da bakım hizmetleri finansmanın daha düzenli ve sistemin işlerliğinin daha iyi olduğunu ifade edebiliriz. Bakım hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin aynı olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü ifade ettiğimiz gibi bireysel hizmetler kapsamında yemek yeme ve temizlik gibi şeyler iki ülkede de sunulabilir. Fakat Almanya’da bakım hizmeti alan bireylerin görüşlerine dair bir bilgiye ulaşamadığımız için memnuniyet konusunda bir karşılaştırma yapamıyoruz. Parasal anlamda yapılan yardımları daha önce ifade etmiştik. Fakat bu konuda iyi bir karşılaştırmanın yapılabilmesi için ülkelerin genel ekonomisinin ve ülkenin enflasyon durumlarının iyi bilinmesi gerekir. Dolayısıyla parasal yardımların orta derecelerde seyrettiğini, fakat bugün otomobil ve beyaz eşya gibi sektörlerde dünya devi olan Almanya’nın üretici konumunda olması, enflasyonunda son 10 yıldan az olmasından hareketle daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Bundan hareketle yapılan yardımlarla bireyler farklı ihtiyaçlarını Türkiye’de yaşayanlara göre daha rahat giderebileceklerini ifade edebiliriz.

Türkiye’de sonuç olarak tüm toplum gruplarını kapsayacak etkili bir Bakım Sigortası kurulması ve bakıma muhtaçlık olgusunun bütün toplumun sigorta bünyesinde olması sağlanmalıdır. Bireylere yönelik oluşturulacak olan bu sistem, gelecek yıllara yatırım karşılığında prim esasına dayanarak finanse edilmelidir. Çalışan, işveren ve devletin finansman da etkili rol oynayarak kaynak sorunun çözülmesi gerekmektedir. Ayrıca bu sistem için alınan primler çalışan bireyleri ve işverenleri zor duruma sokmamalıdır. Çünkü ekonomik koşullara göre ayarlanmayan primler, sistemi kurarken oluşacak maliyetlerin karşılanamamasına ve sistemin oluşturulamamasına neden olabilir. Finansman sağlanırken vergiler sistem içerisine sokularak primlerin istenilen düzeyde olması sağlanabilir. Ancak her iki yolun da tam anlamıyla sağlanabilmesi için genel anlamda ekonominin iyi seyretmesi gerekmektedir. Çünkü bozulan ekonomik yapı istenilen primlerin ve vergilerin toplanamamasına neden olur. Bakım sigortasından kapsam dışında kalan bireylere hizmetler devlet tarafından götürülmelidir. Sunulacak olan hizmetlerin kapsamından denetimine kadar görevli olacak ayrı bir kurumun kurulması ve bu yönde eleman yetiştirilmesi bağımsız, etkili ve sadece bakım hizmetleriyle ilgilenecek güçlü kurumun olmasını sağlayacaktır.

Bunların yanı sıra Türkiye’de bakım hizmetlerini yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, bireylere yönelik yaptıkları maddi ve manevi yardımlara devam etmelidir. Her ne kadar bağımsız bir kurum kurulup, tüm işlerden sorumlu olacak olsa da diğer bakanlıkların yardımlara devam etmesi, bir anlamda yeni kurulmuş bağımsız bir organın daha uzun vadede ortada kalmasını ve sürekliliği olumlu anlamda etkileyecektir. Tüm bunların yanı sıra bir fon oluşturulmalı ve fon için yatırım çalışmalarına başlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen (2003), “Yaşlıların Gayri Resmi Bakıcıları: Kadınlar”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, 5(2).
- Ağcasulu, Hülya (2021), “Sosyal Politika Olarak Evde Bakım Hizmetleri: Ülke Örnekleri ve Türkiye”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 26(2), 167-183.
- Ağören, Veli (2017), “Bakım Sigortası ve Türkiye İçin Model Önerisi”, **Sosyal Güvence Dergisi**, (12), 1-26.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2013), **T.C Resmî Gazete**, 28539, (25.01.2013).
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2021), <https://www.aile.gov.tr/haberler/umut-evleri-engellileri-toplumla-kaynastiriyor/>, (11.07.2024).
- \_\_\_\_\_ (2022), <https://www.aile.gov.tr/haberler/huzurevleri-26-bin-cinarin-yuvasi-oldu/>, (11.07.2024).
- \_\_\_\_\_ (2023), <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/haberler/evde-bakim-yardimindan-42-bin-gorme-engelli-yararlandi/>, (11.07.2024).
- \_\_\_\_\_ (2024), <https://www.aile.gov.tr/sygm/programlarimiz/sosyal-yardim-programlarimiz>, (11.07.2024).
- \_\_\_\_\_ t.y., <https://www.aile.gov.tr/chgm/teskilat-yapisi/baskanliklarimiz/koruyucu-ve-onleyici-hizmetler-daire-baskanligi/>, (08.09. 2024).
- Altan Arslan, Şengül (2000), **Ders Kitaplarında Cinsiyetçilik**, T.C Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- Altıntaş, Yusuf Ziya (2012), **Otto Von Bismarck ve Osmanlı'daki İmajı**, İstanbul Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Altuntaş, Murat vd. (2010), “Evde Sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri”, **Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi**, 20(3), 153-158.
- Aybars, Hilal (2019), **Türkiye’de ve Dünya’da Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları**, Dokuz Eylül Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, Dursun (2005), **Evde Bakım Hizmetleri**, 1.Baskı, Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara.

- Ayhan, Burcu (2014), **Uzun Süreli Bakım Sistemleri ve Finansman Yöntemleri: Türkiye Açısından Değerlendirmeler**, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Bahar, Aynur ve Parlar, Serap (2007), “Yaşlılık ve Evde Bakım”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2(4), 32-39.
- Bakım El Kitabı** (2020), 22.Baskı, Berlin,  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320\\_BMG\\_Ratgeber-Pflege\\_DINA5\\_TUR\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_TUR_bf.pdf) (05.05.2024).
- Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (2006), **T.C Resmî Gazete**, 26244, (30.07.2006)
- Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmetleri Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2007), **T.C Resmî Gazete**, 26679, (23.10.2007).
- Bal, Tolga (2016), “OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 6(1), 159-196
- Balta, Sinan (2022), **Bakım Sigortası Uygulaması ve Bakım Sigortası İhtiyacının Türkiye Açısından İncelenmesi**, Sakarya Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Beşer, Ayşe ve Topçu, Sevcin (2019), “Evde Bakım Çalışanlarında Mesleki Riskler ve Önleme Stratejileri”, **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 8(1), 49-54.
- Birol, Nurettin (2017), “2.Abdülhamit Dönemi Hayır Kuurmlarından Darülaceze’nin Yapımı ve Halil Rıfat Paşa’nın Çalışmaları”, **Akra Kültür Sanat ve Edebiyat Dergisi**, 3(13), 33-53.
- Boyoğlu, Rahşan (1998), **Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri ve Sunumu**, İstanbul Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Büyükşehir Belediye Kanunu (2004), **T.C Resmî Gazete**, 25531, (23.07.2004)
- Çağlar, Türken (2015), **Türkiye ve Almanya’da Karşılaştırmalı Yaşlı Bakım Model ve Uygulamaları**, Hacettepe Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çakır, Gamze ve Yaman, Ömer Miraç (2021), “Yaşlılara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Zorluklar ve Etkileyen İnsanlar”, **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi**, (18),104-124.
- Çalık, Çiğdem (2016), **Sağlık Sektöründe Geleceğin Meslekleri**, <https://www.kariyer.net/kariyer-rehberi/saglik-sektorunde-gelecegin-meslekleri/> (07.08.2024).
- Çavuş, Özge Fatma (2013), **Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi**, Hacettepe Üniversitesi-Sosyal Bilimler Üniversitesi.

- Çelik Güzel, Eda ve Toprak, Dilek (2018), “Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri”, **Klinik Tıp Aile Hekimliği**, 10(5), 15-19.
- Çifçili, Saliha Serap (2018), “Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım”, **Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi**, 10(1), 23-29.
- Çoban, Mustafa vd. (2014), “Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi”, **Türkiye Biyoetik Dergisi**, 1(3), 154-176.
- Çoban, Mustafa ve Esatoğlu, Afsun Ezel (2004), “Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi Dergisi**, 12(2), 167-18.
- 
- (2021), “Evde Bakım Hizmetlerinin Almanya ve Türkiye Örneğinde Karşılaştırılması: Nitel Bir Araştırma”, **Sosyolojik Bağlam Dergisi**, 2(3), 55-71.
- Çohraz, Abdurrahman (2010), “Türkiye’de Yaşlı ve Yaşlılara Sunulan Bakım Hizmetleri”, **Akademik Geriatri**, 122-126.
- Danış, Mehmet Zafer (2009), “Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, 20(1), 67-83.
- Daştan, İlker ve Çetinkaya, Volkan (2015), “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 5(1), 104-134.
- Dereci, Sercan ve Şahinoğlu, Serap (2023), “Sanayi Toplumlarında Sağlığın Toplumsal Bir Kurum Olarak Ortaya Çıkışı”, **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Dergisi**, 13(1), 28-39.
- Doğusan, Ahmet Reşat (2019), “Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Mevzuat ve Gelişimi”, **Ankara Medical Journal**, 19(3), 684-693.
- Durgun, Bülent ve Tümerdem, Yıldız (1999), “Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler”, **Turkish Journal of Geriatrics**, 2(3), 115-120.
- Elevli, Emel (2012), **Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Tespit Edilmesi Konusunda Bir Araştırma**, Beykent Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erol, Sevgi Işık (2016), “Küresel Bir Sorun Olarak Demografik Dönüşüm: Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Önlemler”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, (37), 75-123.
- Eser, Burçin ve Küçük, Saniye (2021), “Yaşlanan Nüfus, Sorunlar ve Politikalar: Türkiye İçin Bir Değerlendirme”, **Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 12(2), 541-556.
- Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği (2023), **T.C Resmî Gazete**, 32202, (26.05.2023).



- Genç, Yusuf vd. (2020), “Sosyal Politika Geliştirmede ve Sosyal Hizmet Uygulamalarında Yerelleşme: Sakarya Büyükşehir Belediyesi Sosyal Gelişim Merkezi Örneği”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, 20(46), 235-272.
- Genç, Yusuf ve Barış İsmail (2015), “Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, (10), 36-52.
- Gök, Sibel (2023), “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve İl Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kurulmasının Arka Planındaki Nedenler”, **Çukurova Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 27(1), 17-34.
- Güngör, Fethi ve Güneş, Güler (2011), “Dünyadaki Gelişmeler Paralelinde Türkiye’de Değişen Özürlülük Politikaları”, **Yalova Sosyal Bilimler Dergisi**, 2(3), 25-44.
- Gür, Leyla ve Kaya, Dilek Göze (2020), “Finansman Türüne Göre OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Gelişimi: 1980 Sonrası”, **Uluslararası Ekonomi ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi**, 4(10), 36-52.
- Gürer, Aslı (2021), “Ülke Örnekleri ile Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış”, **Sağlık Hizmetleri ve Eğitim Dergisi**, 5(1), 20-25.
- Gürer, Asu vd. (2019), “Yaşlı Bakım Hizmetleri”, **Sağlık Hizmetleri ve Eğitim Dergisi**, 3(1), 1-6.
- Gürün, Fethi (2018), “Belediyelerde Sağlık Hizmetlerinin Türk Mevzuatındaki Yeri”, **Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, (6), 125-150.
- Hasgül, Ergün (2016), “Evde Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşlevleri ve Roller”, **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi**, (7), 14-21.
- Hekimler, Alpay (2015), “Federal Almanya’da Sosyal Bakım Sigortasının Temel Esasları-Türkiye İçin Gözlemler”, **Çalışma ve Toplum**, 1(44), (45-76).
- \_\_\_\_\_ (2017), “Yaşlılara Yönelik Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Bakım Sigortası: Federal Almanya Örneği”, **Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 3(2), 235-243.
- Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği (2001), **T.C Resmî Gazete**, 24325, (21.02.2001).
- Karabulut, Alpaslan (2011), **Türkiye’de Sosyal Yardım ve Sosyal Yardımların Tek Merkezden Yürütülebilirliği**, Gazi Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kurt, Ahmet Öner ve Şaşmaz, Tayyar (2012), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003”, **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi**, 2(1), 21-30.

- Karahan, Azize ve Güven, Seval (2002), “Yaşlılıkta Evde Bakım”, **Turkish Journal of Geriatrics**, 5(4), 155-159.
- Karaköse, Rukiye (2020), **Yaşlı Refahına Yönelik Manevi Sosyal Hizmetler: Darülaceze Okmeydanı Örneği**, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karakuş, Bülent (2018), **Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu**, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Karataş, Zeki (2011), **Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başaşehirdeki Etkisi**, Rize Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karateşer, Büşra (2020), “Darülaceze’nin Kuruluş Gelir Giderleri Üzerine Bir Değerlendirme”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Dergisi**, 15(2), 793-810.
- Kaygısız, Sibel (2010), **Uzun Dönemli Bakım Sigortasının Stokastik Modellenmesi**, Hacettepe Üniversitesi-Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Kıran, İldan ve Güçlü Abdulkadir (2020), “Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi”, **Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi**, (13), 107-114.
- Kocabaş, Fatma ve Kol, Emre (2020), “Almanya ve Türkiye’de Karşılatırmalı Olarak Bakım Hizmetleri: Türkiye’de Bakım Sigortası Kurulmasına Yönelik bir Öneri”, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 20(4), 283-310.
- Koç, Orhan (2017), “Osmanlı Devleti’nden Günümüze Evde Sağlık”, **Reyhan Dergisi**, <https://reyhandergisi.com/osmanli-devletinden-gunumuze-evde-saglik/> (07.06.2024).
- Metin, Muhammet (2014), **Almanya Federal Cumhuriyeti’ndeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği (2008), **T.C Resmî Gazete**, 26990, (07.08.2008).
- Özer, Özlem ve Şantaş, Fatih (2012), “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, (2), 96-103.
- Özmert Koçer, Şeniz (2014), **Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Öztop, Hülya vd. (2008), “Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri”, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, 1(1), 39-49.
- Öztürk, Aslıhan Burcu (2009), “Sosyal Hizmet Etiğinde Farklı Yaklaşımlar”, **Toplum ve Sosyal Hizmet**, 20(1), 105-116.

- Özürtürker, Sevda ve Özürtürker, Mehmet (2023), “Yaşlı Bakım Veren Aile Bireylerinin Karşılaştıkları Sorunlar”, **Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi**, 16(2), 78-86.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (2015), **T.C Resmî Gazete**, 29280, (27.02.2015).
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2010), **T.C Resmî Gazete**, 3895, (01.02.2010).
- Sarı Midilli, Reyhan ve Yanılmaz, Zeynep (2022), “Merkezi ve Yerel Yönetimlerin Dezavantajlı Gruplara Sunduğu Sosyal Hizmetlerin Fiziksel Mekâna Yansımaları: Trabzon Örneği, **Karadeniz Araştırmaları Enstitüsü Dergisi**, 8(16), 511-538.
- Selek Öz, Cihan (2010), **Sosyal Belediyecilik Bağlamında Evde Bakım Hizmetleri (İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri Örnekleri)**, Sakarya Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Solmaz, Tuğba ve Altay, Birsen (2019), “Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri”, **Sağlık Akademisyenleri Dergisi**, 6(2), 150-157.
- Soydan, Ayşe Mücella vd. (2023), “Bakım Yükünün Yaşlı Bakıma Etkileri”, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, (20), 703-713.
- Sülün, İdris (02.12.2021), “DSÖ: Dünya Geneline 1 Milyardan Fazla Engelli Bulunuyor”, **Anadolu Ajansı**.
- Şenocak, Hasan (2006), “Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri”, **Journal of Social Policy Conferences**, 178-228.
- Şenol, Dolunay ve Erdem, Sezgin (2017), “Yaşlılık ve Yaşlı Kadınlarda Huzurevi Algısı: Nite Bir Çalışma”, **Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 7(2), 31-50.
- Taş, Levent vd. (2023), “Sakinlerin Gözünden Huzurevi Yaşamını Anlamak”, **Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, (49), 211-234.
- Tekin Samancı, Çiğdem ve Kara, Fatih (2016), “Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlılık”, **Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)**, 3(1), 219-229.
- Toprak, Düriye ve Şataf, Ceyda (2009), “Türkiye’de Yerel Yönetimler Reformu Çerçevesinde Sosyal Belediyecilik Yaklaşımı”, **Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi**, 1(1), 11-24.
- Torun, Nazan (2016), “Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Yapılan Maliyet Etkililik Çalışmalarına Genel Bakış”, **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi**, 2(2), 12-23.
- Uğur, Özlem (2006), **Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi**, Ege Üniversitesi-Sağlık Bilimler Enstitüsü.

- Whittaker, Frank ve Wade, Victoria (2014), “The costs and benefits of technology-enabled, home-based cardiac rehabilitation measured in a randomised controlled trial”, **Journal of Telemedicine and Tele core**, 20(7), 419-422.
- Wikipedia (2024), **Türkiye’de Engelli Bakım Hizmetleri**, [https://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye%27de\\_engelli\\_bakım\\_hizmetleri](https://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiye%27de_engelli_bakım_hizmetleri), (10.09.2024).
- Yakar, Mustafa ve Özgür, Ertuğrul Murat (2020), “Türkiye de Nüfus Yaşlanması, Yerel Düzeyde Tehlike Çanları Çalıyor, **Coğrafya Dergisi**, (44), 231-250.
- Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (2008), **T.C Resmî Gazete**, 26960, (07.08.2008).
- Yayın ve Alper, (2023), “Türkiye’de Aile Hekimliği Modeline Geçiş Süreci ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Aile Hekimlerinin Sosyal Sigortalılık Statülerine İlişkin Uygulanması Hakkında Bir Değerlendirme”, **Çalışma ve Toplum**, 1(76), 121-158.
- Yılmaz, Mesut vd. (2010), “Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı”, **İstanbul Tıp Dergisi**, 11(3), 125-132.
- Yücel, Derya ve Ünalın, Pemre Cöbek (2015), “Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri Sunumu Mevzuatında Güncel Durum”, **Turkish Family Physician**, 6(2), 87-95.

## ÖZGEÇMİŞ

İlköğrenimini 2009 Araklı Cumhuriyet İlköğretim Okulunda, lise eğitimine ise ilk önce Sürmene Denizcilik Lisesi'nde başlamış, daha sonra Araklı Saffet Çebi Lisesine geçerek burada tamamlamıştır. 2014 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümde başlayan lisans eğitimini 2019 yılında tamamlamıştır. Akabinde 2020 yılında aynı üniversitede yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

AKTAŞ, bekar olup İngilizce bilmektedir.