

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

**SOSYAL BELEDİYECİLİK BAĞLAMINDA EVDE BAKIM  
HİZMETLERİ (İSTANBUL, ANKARA VE KOCAELİ  
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEKLERİ)**

**DOKTORA TEZİ**

**Cihan SELEK ÖZ**

**Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali SEYYAR**

**Temmuz 2010**

T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


SOSYAL BELEDİYECİLİK BAĞLAMINDA EVDE  
BAKIM HİZMETLERİ (İSTANBUL, ANKARA VE  
KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ ÖRNEKLERİ)

DOKTORA TEZİ

Cihan SELEK ÖZ

Enstitü Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Bu tez 08/07/2010 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Yusuf ALPER

Jüri Başkanı

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Prof. Dr. Ali SEYYAR

Jüri Üyesi

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Doç. Dr. Abdülkadir SENKAL

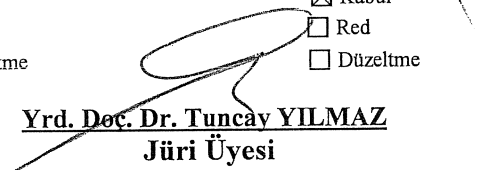
Jüri Üyesi

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Doç. Dr. M. Kemal AYDIN

Jüri Üyesi

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Yrd. Doç. Dr. Tuncay YILMAZ

Jüri Üyesi

- Kabul  
 Red  
 Düzeltme

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Cihan SELEK ÖZ**

**28.05.2010**

## ÖNSÖZ

Dünya nüfusunun hızla yaşlanması, ülkeleri yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan bakım sorununun çözümüne ilişkin projeler üretmeye zorlamaktadır. Bu çerçevede ülkeler hem maliyet avantajı sağlaması, hem de bakıma muhtaç kişi üzerindeki olumlu etkileri sebebiyle evde bakım hizmetlerini yaygınlaştırmaya çalışmaktadırlar.

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin kamu tarafından sunumunda, hizmetlerin uygulanmasını yerel yönetimlerin/belediyelerin yerine getirdiği, merkezi idarenin ise planlama, kaynak aktarma ve denetleme işlevlerini üstlendiği bir yapılanmanın tercih edildiği görülmektedir.

Nüfusu hızla yaşlanan Türkiye’de ise evde bakım hizmetlerinin kamu tarafından sunumu dağınık bir yapı arz etmektedir. Bu dağınık yapının yerel yönetimler ayağını oluşturan İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nde sosyal belediyecilik bağlamında evde bakım hizmetleri uygulamalarının incelenerek, dünyadaki hakim evde bakım modelinin Türkiye için uygun olup olmadığının tartışılması bu tezin çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Gerek çalışmanın konusunun belirlenmesi gerekse de devamı aşamasında yol gösteren danışman hocam Prof. Dr. Ali SEYYAR’a, hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen, her zaman moral veren ve motive eden kıymetli hocam Doç. Dr. M. Kemal AYDIN’a ve üzerimde emeği geçen tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunmak isterim. Yalnız “üzerimde emeği geçen tüm hocalarım” ifadesi ile sadece eğitim-öğretim hayatımda yer alan hocalarımı değil, bire bir tanıdığım veya tanımadığım, eserleri ile fikir dünyamın gelişmesine katkıda bulunan tüm hocalarımızı kastettiğimi belirtmek isterim. Ayrıca bugünlere gelmemde maddi, manevi hiçbir desteği esirgemeyen aileme ve bu meşakkatli süreçte her zaman yanımda olan biricik eşim Şafak Serdar ÖZ’e şükranlarımı sunarım.

Bu tez, Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyon Başkanlığı tarafından desteklenmiştir.

**Cihan SELEK ÖZ**

**28.05.2010**

## İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xi</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xii</b>

<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
--------------------	----------

### **BÖLÜM 1: SOSYAL DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ: SOSYAL DEVLETTEN**

<b>SOSYAL BELEDİYESİCİLİĞE</b> .....	<b>7</b>
--------------------------------------	----------

1.1. Sosyal Devletin Dönüşümü ve Bu Dönüşümün Yerel Yönetimler Üzerindeki Etkileri.....	7
1.1.1. Sosyal Devlet Kavramı .....	7
1.1.2. Sosyal Devletin Tarihsel Süreç İçerisindeki Evrimi.....	10
1.1.3. Sosyal Devletin Dönüşümü ve Yeni Kamu İşletmeciliği .....	13
1.1.4. Türkiye’de Sosyal Devlet .....	17
1.1.4.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi .....	17
1.1.4.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem.....	19
1.1.5. Türkiye’de Sosyal Devletin Dönüşümü ve Kamu Yönetimi Reformu .....	22
1.2. Sosyal Belediyecilik.....	26
1.2.1. Sosyal Belediyecilik Kavramı .....	26
1.2.2. Sosyal Belediyeciliğin İşlevleri .....	31
1.2.3. Sosyal Belediyeciliğin Tarihsel Gelişimi .....	32
1.2.4. Türkiye’de Sosyal Belediyecilik.....	35
1.2.4.1. Türkiye’de Sosyal Belediyeciliğin Tarihsel Gelişimi.....	36
1.2.4.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem.....	36
1.2.4.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem.....	39
1.2.4.2. Türkiye’de Sosyal Belediyeciliğin Hukuki Çerçevesi.....	44
1.2.4.2.1. 5393 Sayılı Belediye Kanunu’nda Sosyal Belediyecilik .....	44

1.2.4.2.2. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nda Sosyal Belediyecilik .....	46
1.2.4.2.3. 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nda Sosyal Belediyecilik .....	48
1.2.4.3. Türkiye'de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları.....	49
1.2.4.3.1. Yoksullara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	50
1.2.4.3.2. Afetzedelere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	53
1.2.4.3.3. İşsizlere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	54
1.2.4.3.4. Kadınlara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	55
1.2.4.3.5. Çocuklara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	57
1.2.4.3.6. Gençlere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	59
1.2.4.3.7. Özürlülere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları.....	60
1.2.4.3.8. Yaşlılara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları .....	62

## **BÖLÜM 2: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN GENEL ÇERÇEVESİ VE DÜNYADA UYGULANMA BİÇİMLERİ .....65**

2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Genel Çerçevesi .....	65
2.1.1. Evde Bakım Hizmetleri Kavramı .....	65
2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi .....	67
2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerini Ön Plana Çıkaran Nedenler .....	69
2.1.3.1. Demografik Yapıda Meydana Gelen Değişiklikler .....	69
2.1.3.2. Toplumsal Yapıda Meydana Gelen Değişiklikler.....	72
2.1.3.3. Bilim ve Teknolojide Meydana Gelen Gelişmeler .....	74
2.1.3.4. Sosyal Haklarda Meydana Gelen Gelişmeler .....	75
2.1.3.5. Uzun Süreli Kurumsal Bakım Hizmetlerindeki Yetersizlikler .....	75
2.1.3.6. İnsani Gerekçeler .....	75
2.1.3.7. Sağlık Hizmetleri Harcamalarında Artan Maliyetler.....	76
2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler .....	76
2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yaralanan Gruplar .....	78
2.1.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı.....	79
2.1.7. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları .....	79

2.1.7.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları .....	79
2.1.7.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları .....	81
2.2. Dünyada Evde Bakım Hizmetleri .....	82
2.2.1. Esas Olarak Primli Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri .....	84
2.2.1.1. Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri.....	85
2.2.1.2. Japonya’da Evde Bakım Hizmetleri .....	88
2.2.1.3. İsrail’de Evde Bakım Hizmetleri .....	93
2.2.1.4. Amerika Birleşik Devletleri’nde Evde Bakım Hizmetleri.....	97
2.2.1.5. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetleri.....	101
2.2.2. Esas Olarak Primsiz Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri .	106
2.2.2.1. İsveç’te Evde Bakım Hizmetleri.....	106
2.2.2.2. Birleşik Krallık’ta Evde Bakım Hizmetleri .....	109
2.2.2.3. Kanada’da Evde Bakım Hizmetleri .....	113

**BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE İSTANBUL,  
ANKARA, KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ’NİN  
EVDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI ..... 119**

3.1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri.....	119
3.1.1. Türkiye’nin Demografik Yapısına İlişkin Bilgiler .....	119
3.1.2. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	121
3.1.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Hukuki Çerçevesi.....	122
3.1.3.1. Merkezi İdarenin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna Yönelik Yasal Düzenlemeler .....	123
3.1.3.1.1. Umumi Hıfzısıhha Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri .....	124
3.1.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri.....	124
3.1.3.1.3. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri.....	125
3.1.3.1.4. Özürlüler Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri .....	127

3.1.3.1.5. Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri .....	128
3.1.3.1.6. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri .....	134
3.1.3.2. Yerel Yönetimlerin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna İlişkin Yasal Düzenlemeler .....	135
3.1.3.2.1. Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri.....	136
3.1.3.3. Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna İlişkin Yasal Çerçeve.....	137
3.1.3.3.1. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri.....	138
3.1.3.4. Merkezi İdarenin, Yerel Yönetimlerin ve Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetleri Sunumlarına Yönelik Ortak Yasal Düzenlemeler.....	140
3.1.3.4.1. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri .....	140
3.2. İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları.....	142
3.2.1. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması.....	143
3.2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	143
3.2.1.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni.....	145
3.2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu .....	145
3.2.1.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı.....	145
3.2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları .....	146
3.2.1.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci.....	146
3.2.1.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı.....	147
3.2.1.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler.....	148
3.2.1.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti.....	151
3.2.1.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi.....	151
3.2.1.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlar .....	151
3.2.1.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar.....	152



3.2.1.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler .....	152
3.2.2. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması .....	153
3.2.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	153
3.2.2.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni.....	154
3.2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu .....	154
3.2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı.....	155
3.2.2.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları .....	155
3.2.2.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci.....	156
3.2.2.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı.....	156
3.2.2.8. Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verilen Hizmetler.....	157
3.2.2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti.....	162
3.2.2.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi.....	162
3.2.2.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlar .....	162
3.2.2.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar.....	163
3.2.2.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler .....	163
3.2.3. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması .....	164
3.2.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	164
3.2.3.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni.....	164
3.2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu .....	164
3.2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı.....	165
3.2.3.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları .....	167
3.2.3.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci.....	168
3.2.3.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı.....	169
3.2.3.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler.....	169
3.2.3.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti.....	172
3.2.3.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi.....	173
3.2.3.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlar .....	173
3.2.3.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar.....	173
3.2.3.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler .....	173

3.2.4. İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’ndeki Evde Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırılması .....	174
3.2.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesine İlişkin Karşılaştırma .....	174
3.2.4.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedenine İlişkin Karşılaştırma .....	175
3.2.4.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna İlişkin Karşılaştırma.....	176
3.2.4.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısına İlişkin Karşılaştırma .....	177
3.2.4.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartlarına İlişkin Karşılaştırma .....	177
3.2.4.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Sürecine İlişkin Karşılaştırma .....	178
3.2.4.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısına İlişkin Karşılaştırma .....	178
3.2.4.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetlere İlişkin Karşılaştırma .....	179
3.2.4.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyetine İlişkin Karşılaştırma .....	180
3.2.4.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimine İlişkin Karşılaştırma .....	180
3.2.4.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlara İlişkin Karşılaştırma.....	181
3.2.4.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlara İlişkin Karşılaştırma .....	181
3.2.4.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşüncelere İlişkin Karşılaştırma .....	182
<b>SONUÇ.....</b>	<b>185</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>196</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>216</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>220</b>

## KISALTMALAR

- AARP** : American Association of Retired Persons (Amerikan Emekliler Derneği)
- ADLs** : Activities of Daily Living (Günlük Yaşam Aktiviteleri)
- AWBZ** : Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası)
- BİT** : Belediye İktisadi Teşekkülü
- f** : fıkra
- IADLs** : Instrumental Activities of Daily Living (Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri)
- ILO** : International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
- İ.B.B.** : İstanbul Büyükşehir Belediyesi
- K.** : Kanun
- KHK** : Kanun Hükmünde Kararname
- md.** : madde
- OECD** : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
- SGK** : Sosyal Güvenlik Kurumu
- SHÇEK** : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
- STK** : Sivil Toplum Kuruluşları
- sy.** : sayılı
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- WMO** : Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Sosyal Destek Yasası)
- ZFW** : Ziekenfondswet, (Sağlık Sigortası Yasası)

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Dünya’da Yaşlı Nüfus Oranları.....	70
<b>Tablo 2.</b> Avrupa Ülkelerindeki Yaşlı Nüfusun Bugünkü ve Gelecekteki Durumu.....	71
<b>Tablo 3.</b> Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler.....	77
<b>Tablo 4.</b> Bazı AB Üyesi Ülkelerde Evde Tıbbi ve Sosyal Bakım Organizasyonu.....	83
<b>Tablo 5.</b> Esas Olarak Primli Modeli Benimseyen Bazı Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırılması.....	104
<b>Tablo 6.</b> Türkiye Nüfusunun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	120
<b>Tablo 7.</b> Yıllara Göre İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Sayıları.....	147
<b>Tablo 8.</b> Yıllara Göre İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nin Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verdiği Hizmetler.....	148
<b>Tablo 9.</b> Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi Personel Sayısı...	155
<b>Tablo 10.</b> Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı.....	157
<b>Tablo 11.</b> Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi’nde Verilen Hizmet Türleri Sayısı.....	158
<b>Tablo 12.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nde Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonunda Yer Alan Personel ve Görev Tanımları.....	165
<b>Tablo 13.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	167
<b>Tablo 14.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı.....	168
<b>Tablo 15.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Türe ve Yıllara Göre Dağılımı.....	170
<b>Tablo 16.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nde Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler.....	171

<b>Tablo 17.</b> Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nden Evde Bakım Hizmeti Alanların Hastalıklara Göre Dağılımı.....	172
<b>Tablo 18.</b> İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'ndeki Evde Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırılması.....	184

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Müdürlüğü Organizasyon Şeması.....	154
--	-----

## ÖZET

SAÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Doktora Tez Özeti

**TEZİN BAŞLIĞI:** Sosyal Belediyecilik Bağlamında Evde Bakım Hizmetleri  
(İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri Örnekleri)

**Tezin Yazarı:** Cihan SELEK ÖZ      **Danışman:** Prof. Dr. Ali SEYYAR

**Kabul Tarihi:** 08.07.2010      **Sayfa Sayısı:** xii (ön kısım)+215 (tez)+4 (ekler)

**Anabilim dalı:** Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Öncelikli olarak dünya nüfusunun hızla yaşlanması nedeniyle önem kazanan evde bakım hizmetleri, bireylerin gerek tıbbi gerekse de sosyal bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanmasını ifade etmektedir.

Dünyada evde bakım hizmetlerinin sunumu incelendiğinde, hizmetlerin ya sosyal sigortalar sistemi içerisinde oluşturulmuş uzun dönemli bakım sigortası çatısı altında ya genel vergilerden ya da her ikisinin birleşimi olan karma model çerçevesinde karşılanarak sunulduğu görülmektedir. Bunun yanında evde bakım hizmetlerinin sunumunda özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da rol almaktadırlar. Ancak bütün ülkelerde evde bakım hizmetlerin kamu tarafından sunumunu yerel yönetimler/belediyeler üstlenmekte, merkezi idare sadece yasal çerçeveyi çizmek ya da kaynak sağlamakla sınırlı bir role sahip bulunmaktadır.

Türkiye’de ise henüz evde bakım hizmetlerini kapsayan bir sosyal sigorta kolu bulunmamakta, evde bakım hizmetlerinin sunumu dağınık bir yapı arz etmektedir. Bu hizmetler başta Başbakanlığa bağlı bir kurum olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu olmak üzere, hastaneler, özel sektör, gönüllü kuruluşlar ve bazı büyükşehir belediyeleri tarafından sunulmaktadır.

Türkiye’de yaşlı nüfusun durumu gelişmiş ülkelerdeki kadar ciddi boyutlarda olmasa da, Türkiye nüfusunun da hızla yaşlanmaya başladığı belirtilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2009 yılı verilerine göre toplam nüfus içerisindeki oranı % 7 olan 65 yaş ve üstü nüfus oranının, 2025 yılında % 10’a, 2050 yılında ise hızla yükselerek % 17’ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Bakım sorununun ilerleyen yıllarda Türkiye’nin en önemli sosyal sorunlarından biri haline gelecek olması nedeniyle, 2007 yılında çalışmalarına başlanan bakım sigortasının acil olarak yasalaşarak, bakım sisteminin sosyal sigortalar ayağının oluşturulması gerekmektedir.

Bu tezin amacı, evde bakım hizmetlerini sosyal belediyecilik bağlamında incelemektir. Dolayısıyla bugün itibarıyla Türkiye’de evde bakım hizmetleri sunan İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri araştırmanın merkezine alınmıştır. Bu amaçla öncelikle sosyal devlet, sosyal belediyecilik, evde bakım hizmetleri ve Dünya’daki ve Türkiye’deki uygulanma biçimlerinin teorik çerçevesi çizilmiş, daha sonra ise İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nin Sosyal Hizmetler Daire Başkanlıkları ve evde bakım hizmetlerini yürüten bağlı birimlerinde hizmetlerin planlanmasında görev alan kimselerle yapılan derinlemesine mülakatlar ile toplanan dokümanlar analiz edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Sosyal Devlet, Sosyal Belediyecilik, Evde Bakım Hizmetleri

## SUMMARY

Sakarya University Institute of Social Sciences

Abstract of PhD Thesis

**TITLE OF THE THESIS:** Home Care Services in the context of Social Municipal Work (Examples of İstanbul, Ankara and Kocaeli Metropolitan Municipalities)

**Author:** Cihan SELEK ÖZ **Supervisor:** Prof. Dr. Ali SEYYAR

**Date:** 08.07.2010 **Nu. of pages:** xii(pre text)+215(main body)+4(appendices)

**Department:** Labour Economics and Industrial Relations

Home care services, referring to meet both the medical and social needs of individuals in home environment, have gained importance with the rapid aging of the world population.

When home care services around the world are studied, it is seen that these services are funded whether through a long term care insurance formed under the social security system or through general taxes or combination of these two systems. Private sector and nongovernmental organizations take part in the home care services. In all countries local authorities/municipalities take the responsibility of giving home care services; central authority has the limited role of defining legal framework or providing funds.

Today, in Turkey there is no social security branch covering the home care services and the way of providing these services represents a desultory structure. These services are provided mainly by Social Services and Child Protection Institution which is connected to the Turkish Prime Ministry, hospitals, private sector institutions, voluntary organizations and some metropolitan municipalities.

Even though the condition of the elderly population is not as serious as in developed countries, it is stated that the increase in the number of elderly people has started in Turkey. According to the 2009 data of Turkish Statistical Institute it is estimated that the percentage of the people at the age of 65 and above will increase from 7% to 10% in 2025 and to 17% in 2050. Since caring the elderly people will be one of the most important issues of Turkey in the future it is necessary to immediately enact the caring law of which the preliminary work has started in 2007.

The objective of this thesis is to study the home care services in the context of social municipal work. For that reason İstanbul, Ankara and Kocaeli metropolitan municipalities are taken into the center of this study. For this purpose initially theoretical frameworks of social state, social municipal work, home care services, and the practice of home care in the world and in Turkey are drawn, later interviews done with the people working in departments of Social Services of these municipalities and in units who are planning services are analyzed with collected documents.

**Key words:** Social State, Social Municipality, Home Care Services



## GİRİŞ

Belediyeler, geçmişte ve günümüzde sosyal yardım ve hizmetlerin uygulanmasında önemli roller üstlenen kurumlar olmuşlardır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında gelişmiş ülkelerde yaşanan refah devleti döneminde refah belediyciliği kavramının geliştiği ve yerel yönetimlerin bu dönemde sosyal refah hizmetlerinin sunumunda merkezi idare ile birlikte önemli roller üstlendiği bilinmektedir.

1973-74 Petrol Krizleri ile refah devletinin girdiği dönüşüm süreci, refah belediyciliğini de etkilemiştir. Keynesyen ekonomi politikalarının terk edilerek, serbest piyasa ekonomisine doğru geçiş olarak özetlenebilecek olan bu dönüşüm sürecinde devletler asli görevlerinin dışındaki görevlerini yerel yönetimlere, özel sektöre ya da sivil toplum örgütlerine desantralize etmeye başlamışlardır.

Bu desantralizasyon sürecinde merkezi idarelerin yasal çerçeveyi çizme/kaynak aktarma/denetleme fonksiyonlarını üstlenerek, hizmetlerin uygulanması kısmını ise ağırlıklı olarak yerel yönetimlere bıraktıkları görülmektedir. Hatta yerel yönetim geleneğinin çok güçlü olduğu bazı ülkelerde, merkezi idare sadece yasal çerçeveyi çizme görevini üstlenmektedir.

Merkezi idarelerin yerel yönetimlere devrettikleri görev alanlarının en önemlilerinden birini de sosyal yardım ve hizmetler alanı oluşturmaktadır. Böylece önceleri merkezi idare ile birlikte refah hizmetlerini yürüten yerel yönetimler, bu dönüşümle birlikte bu hizmetlerin yürütülmesini tek başına üstlenmek durumunda kalan kurumlara dönüşmüşlerdir.

Neo-liberal politikaların küreselleşme ile dalga dalga tüm dünyaya yayılmasıyla birlikte özellikle 1990'lardan itibaren ise yerel yönetimler sosyal refah hizmetlerini piyasadan satın alan ve bu hizmetlerin sağlanmasında garantör olan, güvence veren kurumlar haline gelmeye başlamışlardır.

Evde bakım hizmetleri de merkezi idarenin sınırlı görevler üstlenerek, uygulamasını yerel yönetimlere bıraktığı sosyal hizmet alanlarından birini oluşturmaktadır. Özellikle dünya nüfusunun hızla yaşlanması sebebiyle önem kazanan evde bakım hizmetleri, bireylerin sadece tıbbi değil, sosyal bakım ihtiyaçlarının da ev ortamında karşılanmasını ifade etmektedir.

Önceleri sadece bakıma muhtaç kimselerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde algılanan evde bakım hizmetleri, zamanla sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek sosyal bakım hizmetlerini de kapsar hale gelmiştir. Bu çerçevede evde bakım hizmetleri, doktor muayenesi, hemşirelik bakımı ve fizik tedavi gibi sağlığa dönük tıbbi hizmetlerin yanı sıra, teknik olarak ADLs (Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme, sosyo-kültürel ihtiyaçların karşılanması gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içeren sosyal bakım hizmetlerini de kapsamaktadır.

Türkiye nüfusunun da hızla yaşlanmasına paralel olarak, Türkiye’de de evde bakım hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Evde bakım hizmetlerinin sunumu Türkiye’de dağınık bir görünüm arz etmektedir. Henüz sosyal sigortalar sistemi içerisinde ihdas edilmiş bir bakım sigortası bulunmamaktadır ve evde bakım hizmetleri Başbakanlığa bağlı bir kurum olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, İl Sağlık Müdürlükleri, özel sektör, gönüllü kuruluşlar ve bazı büyükşehir belediyeleri tarafından sunulmaktadır.

Türkiye’nin bir an önce evde bakım hizmetleri sistemini organize etmesi gerekmektedir. Bu çerçevede öncelikle evde bakım hizmetlerinin sosyal sigortalar sistemi içinde tanımlanması gerekmektedir. 2007 yılında çalışmalarına başlanan Bakım Sigortası’nın ihdas edilme sürecinin hızlanması ve primlerinin toplanmaya başlanması gelecekte yaşanacak sıkıntıların önüne geçmek açısından büyük önem arz etmektedir. Kurulacak olan bakım sigortasında, hizmetlerin sunumunda yaşanan dağınıklığın önüne geçilmesi için organizasyon yapısının net bir şekilde tespit edilmesi hizmetlerde etkinlik sağlanmasını sağlayacaktır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır: Sosyal belediyecilik ve evde bakım hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde anlam kazanmasından ötürü, birinci bölümde öncelikle sosyal devlet ve sosyal devlette yaşanan dönüşüm sürecinin yerel yönetimler ve sosyal hizmetler üzerindeki etkileri tartışılmaktadır. Daha sonra sosyal belediyecilik kavramının tarihsel süreç içerisindeki gelişimi ile Türkiye boyutu incelenmektedir.

İkinci bölümde evde bakım hizmetlerinin genel çerçevesi çizilmekte ve dünyada evde bakım hizmetleri kapsamında ülke uygulamalarına yer verilmektedir. Bu çerçevede Almanya, Japonya, İsrail, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri evde bakım hizmeti uygulamalarını esas olarak primli sistem çatısı altında kurmuş olan ülkeler, Birleşik Krallık, İsveç ve Kanada ise primsiz sistemi benimsemiş ülkeler bağlamında ele alınmaktadır.

Üçüncü bölümde ise Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi hakkında bilgi verildikten sonra, yapılan yasal düzenlemeler çerçevesinde evde bakım hizmetlerinin bugünkü durumu gösterilmeye çalışılmaktadır. Daha sonra ise sırasıyla İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nin evde bakım hizmetleri uygulamaları incelenmekte, karşılaştırma ve değerlendirmeleri yapılmaktadır. Bu inceleme, karşılaştırma ve değerlendirmeler, sistemli olması ve bütünlük taşıması açısından, mülakat sorularına göre şekillenen onüç alt başlık çatısı altında toplanmaktadır. Sonuç kısmında ise Türkiye’nin evde bakım sistemine yönelik sosyal politikalar üretilmeye çalışılmaktadır.

### **Çalışmanın Önemi**

Doğumda beklenen yaşam sürelerinin artması ve doğurganlık oranlarının azalmasına bağlı olarak dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Başta gelişmiş ülkeler olmak üzere gelişmekte olan ülkeler de bu süreçten olumsuz etkilenmektedirler. Gelişmiş ülkelerde İkinci Dünya Savaşı’ndan itibaren başlayan nüfusun yaşlanması sorunu, günümüzde gelişmekte olan ülkeler için de başlamış bulunmaktadır.

Artan yaşlı nüfusla beraber gündeme gelen en önemli sorunlardan birisini yaşlının bakımı sorunu oluşturmaktadır. Geniş aile yapısının çekirdek aile yapısına dönüşmekte olması, geleneksel olarak bakım fonksiyonunu üstlenen kadının çalışma hayatına katılması ve toplumsal değerler sisteminde meydana gelen bir takım değişiklikler nedeniyle yaşlının bakımı sorunu önemini daha da arttırmaktadır. Bu çerçevede özellikle gelişmiş ülkeler evde bakım hizmetlerini yaygınlaştırmaya çalışmaktadırlar. Kurumsal bakım hizmetlerine göre daha düşük maliyetli olması ve bakıma muhtaç kişiler üzerindeki olumlu etkileri sebebiyle evde bakım hizmetleri teşvik edilmektedir.

Gelişmiş ülkelerdeki kadar ciddi boyutlarda olmasa da Türkiye nüfusu da hızla yaşlanmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2009 yılı verilerine göre toplam nüfus içerisindeki oranı % 7 olan 65 yaş ve üstü nüfus oranının, 2025 yılında % 10'a, 2050 yılında ise hızla yükselerek % 17'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Bunun yanı sıra küreselleşen dünyada yaşanan ekonomik ve toplumsal değişmelerin dışında kalmak mümkün olmadığından, bakım sorunu yakın gelecekte Türkiye'nin en önemli sosyal sorunlarından biri haline gelecektir. Bu çerçevede evde bakım hizmetlerinin dağınık bir yapı arz ettiği Türkiye'de, gerekli organizasyonun şimdiden oluşturulmaya başlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada, Türkiye'nin evde bakım hizmetleri sistemini primli model çerçevesinde inşa ederek, primli modelin dışında kalan vatandaşların primsiz model vasıtasıyla desteklenmesi gerektiği ve hizmetlerin makro düzeyde organizasyonunda hizmetlerin halka ulaştırılmasında, dünya uygulamalarına paralel olarak, belediyelerin en uygun kurumlar olduğu iddiasından hareket edilmiştir.

### **Çalışmanın Amacı**

Çalışmanın önemi kısmında açıklandığı gibi Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin bir an önce sistemli bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Bu çerçevede evde bakım hizmetlerinin nasıl yapılması gerektiği sorunu karşımıza çıkmaktadır. Dünyada evde bakım hizmetleri uygulamaları incelendiğinde, hizmetlerin kamu tarafından sunumunu yerel yönetimlerin/belediyelerin üstlendiği, merkezi idarenin ise sadece yasal çerçeveyi çizme/kaynak aktarma/denetleme fonksiyonlarını üstlendiği görülmektedir. Kamusal hizmet sunumuna ek olarak özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da evde bakım sektöründe rol oynamaktadırlar. Bu çalışmanın çıkış noktasını da, Türkiye'de de böyle bir yapılanmaya gidilip gidilemeyeceği sorusu oluşturmuştur.

Araştırma sorusuna yanıt aramaya başlamadan önce, dünyadaki uygulamalara paralel olarak, Türkiye'de de evde bakım hizmetlerinin kamu tarafından sunumunda belediyelerin en uygun kurumlar olduğu öngörülmüştür.

Bu öngörü, ilk olarak belediyelerin halka en yakın kurumlar olması nedeniyle halkın ihtiyaçlarını ve beklentilerini en etkin şekilde karşılayabilecekleri varsayımına dayanarak oluşturulmuştur. İkinci olarak ise tüm dünyada desantralizasyon politikaları çerçevesinde

merkezi hükümetlerin sosyal yardım ve hizmetler alanındaki görevlerini yerel yönetimlere devrettiği, Türkiye'nin de bu sürecin dışında kalamadığı gerçeğinden yola çıkılarak üretilmiştir.

Araştırma sorusuna yanıt aramak için İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nin evde bakım hizmetleri uygulamaları incelenmiştir.

### **Çalışmanın Yöntemi**

Çalışmasının teorik çerçevesini çizmek amacıyla Türkçe ve İngilizce kaynaklara dayanan eleştirel literatür taraması yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın ampirik kısmının oluşturulması için ise yarı biçimlendirilmiş derinlemesine mülakat yöntemi ve doküman incelemesi yöntemlerinden yararlanılmıştır.

Bu çerçevede İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden iki, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nden dört ve Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nden üç yetkili olmak üzere toplam dokuz kişi ile ses kayıt cihazı kullanılarak mülakatlar yapılmıştır. Yapılan mülakatlara ek olarak anılan büyükşehir belediyelerinin evde bakım hizmetleri ile ilgili tanıtım broşürleri ile kayıt altında tuttıkları istatistikî veriler temin edilerek incelemeye tabi tutulmuştur.

Evde bakım hizmetleri uygulaması sırası ile Ankara, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri tarafından başlatılmasına rağmen, çalışmada belediyelerin büyüklükleri esas alınarak bir sıralama yapılması uygun görülmüştür. Bunun neticesinde gerek çalışmanın başlığında gerekse de içeriğinde ilk sırayı İstanbul, ikinci sırayı Ankara, üçüncü sırayı ise Kocaeli Büyükşehir Belediyesi almıştır.

Araştırmaya ilk olarak Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde başlanmıştır. Bu amaçla önce telefonla Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı ile görüşülerek, randevu alınmıştır. Randevu tarihinde Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'na gidilerek, başkan ile ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınan bir mülakat yapılmıştır. Mülakatta, önceden hazırlanan sorulara ek olarak görüşmenin akışı esnasında ortaya çıkan bazı yeni sorular da yöneltilmiştir. Başkan ile yapılan mülakattan sonra, belediyenin ek binasında bulunan Evde Bakım Merkezi'ne gidilerek, orada ayrıntılı bir mülakat daha yapılmıştır. Hizmet alanlara ilişkin resim ve kişisel bilgilerin kullanılmaması şartıyla, evde bakım hizmetlerine ilişkin dosyalar

incelenmiş, çalışmada kullanılacak istatistikî veriler temin edilmiştir. Ardından evde bakım hizmetlerinde görev alan personelle ilgili detaylı bilgi edinmek amacıyla, ihale yoluyla büyükşehir belediyesinin evde bakım hizmetlerini yürüten özel firmaya gidilmiş, firmanın müdürü olan başhemşire ile görüşülerek, istenilen bilgiler elde edilmiştir.

Araştırmaya ikinci olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde devam edilmiştir. Yapılan telefon görüşmeleri neticesinde, araştırmanın yapılabilmesi için tezin yürütüldüğü üniversiteden onaylı, araştırmada hangi soruların sorulacağı, hangi belgelerin ve verilerin isteneceğinin detaylı bir şekilde belirtildiği resmi yazının, mülakattan en azından bir hafta önce fakslanması istenmiştir. Resmi yazı isteme nedeni olarak bürokratik süreç gösterilmiş, resmi yazıda sıralanan bilgi ve belgelerin hazır edilmesi için ise evrakın ellerine önceden ulaşması gerektiği ifade edilmiştir. Bürokratik süreç yerine getirildikten sonra belirlenen randevu tarihinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri ve Hıfzısıhha Müdürlüğü'ne gidilmiş, Tıbbi İşler Müdür Yardımcısı (hekim) ile kısa süreli bir mülakat yapılarak uygulanan evde bakım hizmetlerin genel çerçevesi çizilmiş ve bir takım tanıtım broşürleri temin edilmiştir. Ardından, Tozkoparan'da bulunan Evde Bakım Merkezi'ne gidilerek Evde Bakım Hizmetleri Proje Koordinatörü (hekim) ile planlanan mülakat ses kayıt cihazı ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma son olarak Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde tamamlanmıştır. Belirlenen randevu tarihinde Ankara Büyükşehir Belediyesi'ne gidilmiş, belediye binasında Fen İşleri Müdür Yardımcısı (gönüllü olarak sosyal hizmet faaliyetlerinde etkin bir şekilde yer aldığı için), Sosyal Hizmetler Daire Başkanı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürü ile birimde görevli bir sosyal hizmet uzmanından oluşan grupta, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınan toplu mülakat yapılmıştır. Mülakata ek olarak tanıtım broşürleri ile istatistikî veriler temin edilmiştir.

# **BÖLÜM 1: SOSYAL DEVLETİN DÖNÜŞÜMÜ: SOSYAL DEVLETTEN SOSYAL BELEDİYESİNE**

## **1.1. Sosyal Devletin Dönüşümü ve Bu Dönüşümün Yerel Yönetimler Üzerindeki Etkileri**

Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmiş ülkelerde yaşanan refah devleti, 1973-74 Petrol Krizleri ile bir dönüşüm sürecine girmiştir. Bu dönüşüm sürecinden yerel yönetimler de etkilenmiştir. 1980'den sonra neo-liberal paradigmaya göre şekillenen “yeni kamu işletmeciliği” anlayışı çerçevesinde merkezi idare, asli görevlerinin dışındaki görevlerini yerel yönetimlere devretmeye başlamıştır. Yerel yönetimlere devredilen bu görevlerin en önemlilerinden birini sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanı oluşturmuştur. Böylece önceleri sosyal refah hizmetlerini merkezi idare ile birlikte yürüten yerel yönetimler, yeni süreçle birlikte bu görevlerin temel uygulayıcıları haline gelmişlerdir. Özelleştirmenin tüm dünyada teşvik edilmesi ile birlikte yerel yönetimler, pek çok hizmet alanını olduğu gibi, sosyal refah hizmetlerini de özel sektörden satın alarak uygulayan kurumlara dönüşmüşlerdir.

### **1.1.1. Sosyal Devlet Kavramı**

“Sosyal devlet”, “refah devleti, ya da “sosyal refah devleti” kavramlarının aslında aynı olguyu ifade ettiğine ilişkin, bazı istisnalar<sup>1</sup> olmakla birlikte, literatürde genel bir fikir birliği bulunmaktadır (Özdemir, 2004; Aktan ve Özkıvrak, 2008: 16). Bu bağlamda Sallan Gül (2009: 65), Türkiye’de sosyal devlet olarak ifade edilen devlet yapısının, kapitalist Batı toplumlarında yaygın olarak refah devleti olarak ifade edildiğini belirtmektedir.

Refah devleti kavramının ilk kez Almanya’da 19. yüzyılın sonunda sosyal güvenlik alanında alınan ilk önlemler nedeniyle kullanılmaya başlandığı tahmin edilmekte, İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise kavramın yaygın bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir (Koray, 2005: 85).

---

<sup>1</sup> Özbek (2002: 9), sosyal devlet kavramının tarihsel olarak daha geniş bir anlamı olduğunu, refah devletinin ise sosyal devletin II. Dünya Savaşı sonrasına özgü bir biçimi olduğunu belirtmektedir. Aysan (2006: 61) ise sosyal devlet ile refah devletini eşitleyen genel kabulün aksine, refah devletinin genel olarak sosyal devletin II. Dünya Savaşı sonrasında daha çok gelişmiş ülkelerde vücut bulmuş şekli olduğunu savunmaktadır. Sallan Gül (2009: 65) de, bu iki kavramın genellikle eş anlamlı kullanıldığını, fakat bazen refah devleti kavramının daha dar ve özel bir anlam yüklenerek ele alındığını belirtmektedir.

Genel görüntüsüyle, piyasanın görünmez elinin devletin görünen eli ile ikame edilmesi gerektiği düşüncesine dayanan sosyal devlet anlayışı, kapitalizm ile sosyalizm arasında bir ara form niteliği taşımaktadır (Alptekin, 2005: 379). Tarihsel gelişim süreci esas alındığında ise refah devleti, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra sanayileşmiş, gelişmiş ülkelerde çalışan kesimler, iş dünyası ya da işverenler ve devlet arasında varılan bir uzlaşmaya bağlı olarak ortaya çıkan bir siyasal oluşumun kurumsal yapısını simgeleyen bir kavramdır. Sözü edilen bu siyasal oluşum, kendini devletin meşruiyet temellerinde ve işlevlerinde değişim biçimde göstermiş, böylece bir taraftan devletin toplumsal rol ve işlevleri kapsamlı bir şekilde değişirken, diğer taraftan siyasal rejim hızlanmış bir demokratikleşme sürecine girmiştir (Şaylan, 2003: 93).

Aslında refah devleti kavramı dinamik bir kavramdır. Kavramın kapsamı ve işlevsel yapısı tarihsel süreç içerisinde sürekli değişime uğramış ve hala da uğramaya devam etmektedir. Şaylan'ın (2003: 93) da ifade ettiği gibi ilk başlarda işçi ile işveren arasında devletin bir uzlaştırıcı rol üstlenmesi ile ortaya çıkan refah devleti, günümüzde bu işlevinin yanı sıra toplumun tüm kesimlerine yönelik refah politikalarını ve uygulamalarını kapsar hale gelmiştir.

Briggs'e (2003: 18) göre, refah devleti piyasa güçlerinin hareketlerini en az üç yönde düzenleme çabası ile örgütlü gücünü siyaset ve yönetim aracılığıyla bilinçli bir şekilde kullanan devlettir. İlk olarak, refah devleti bireylere ve ailelere sahip oldukları malların ve mülklerin veya emeklerinin piyasa değerine bakılmaksızın asgari bir gelir garanti etmek, ikinci olarak, karşılaşıldığında bireysel ve ailevi krizlere neden olabilecek bazı beklenmedik sosyal olayların (örneğin hastalık, yaşlılık ve işsizlik gibi) üstesinden gelebilmeleri için bireylere ve ailelere imkânlar tanıyıp güvencesizliğin kapsamını daraltmak, üçüncü olarak ise statü veya sınıf farkı gözetmeksizin bütün vatandaşlara var olan sosyal hizmetleri en iyi şekilde sağlamak zorundadır.

Şentop (2006: 42), sosyal devleti Anayasa Mahkemesi kararlarında algılandığı şekliyle, "sosyal adaleti ve sosyal güvenliği sağlamakla ve herkes için insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat düzeyini gerçekleştirmekle yükümlü devlet" olarak tanımlamaktadır.

Sosyal devlet sıklıkla, sosyal politikalar üreten ve uygulayan devlet şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak Esping-Andersen (2006a: 35, 36), sosyal politikaların refah devletleri olmadan da var olabileceğinin, fakat bunun tersinin, yani refah devletlerinin



sosyal politikalar olmadan var olamayacağını önemle çizmektedir. Esping-Andersen, bu yaklaşımı ile sosyal politikaların refah devletleri var olmadan önce de uygulandığını, refah devleti kavramının sosyal politikalardan daha fazla bir anlam ifade ettiğini vurgulamaya çalışmaktadır. Ona göre, Romalılar fakirlere yemek, kilise, loncalar veya soylular yardım ve sadaka dağıttığında veya ulus devletler ve mutlak monarşiler yoksul yardımını ve kamu çalışanları için refah planlarını yasalaştırdıklarında tüm bunlar refah devleti uygulamaları değil, sadece sosyal politikalarıdır. Çünkü refah devleti, bir devletin önereceği sosyal yardım münüsünden çok daha farklı bir şeydir ve devletin bu konudaki özgün tutumu ile demokratik haklarla donatılmış vatandaşları gerektirmektedir. Bu bağlamda Talas (1991: 101) da, sosyal devletin demokratik sosyal devlet ile aynı anlama geldiğini belirtmekte, sosyal devletin başta sendika, toplu pazarlık ve grev gibi bazı demokratik hakları ve özgürlükleri içermeyen asla sosyal amaçlara ulaşamayacağını vurgulamaktadır.

Aktan ve Özkıvrak'a (2008: 39, 77) göre, sosyal devlet vatandaşlarına en azından asgari bir gelir ve sosyal koruma sağlamak amacıyla, çeşitli maddi faydalar ve refah hizmetleri sunmak ve tam istihdam politikaları izlemek suretiyle ekonomik hayatın işleyişine müdahale eden, ekonomik hayatı yönlendiren devlettir.

Sosyal devlet, 1789 Fransız İhtilali'nin getirdiği ve "geleneksel", "bireysel", "klasik", "doğal" ya da "temel" hak ve özgürlükler olarak adlandırılan hak ve özgürlük sistemini kabul etmiş, ancak bu hak ve özgürlüklerin yanı sıra sosyal ve ekonomik hak ve özgürlüklere de yer vermiştir (Göze, 2005: 146). Bu bağlamda sosyal devlet, bireylerin kanunlar önünde sahip oldukları eşitliği koruyarak, temel bireysel hak ve özgürlükleri, sosyal ve ekonomik hak ve özgürlüklerle güçlendirmek suretiyle işlevsel hale getirmeyi amaçlayan devlettir (Aktan ve Özkıvrak: 2008: 39).

Benzer şekilde, Talas (1981-82: 43, 44), sosyal devleti sosyal haklardan yola çıkarak tanımlamaktadır:

Sosyal haklar, bir ülke halkının her alandaki yaşam düzeyini yükseltmek ve geliştirmek için devlet tarafından alınması yararlı ve gerekli doğrudan maddesel ve maddesel olmayan yanlı önlemlerin bütünüdür. Sosyal haklar halkın tümünün refahını amaçlar ve sosyal refah devleti düşüncesi ve uygulamaları ile özdeşleşir. Sosyal haklar, ekonomik bakımdan zayıf ve güçsüz olanların ve

özellikle işçilerin haklarının ve çıkarlarının korunması, geliştirilmesi ve emek ile sermaye arasındaki ilişkilerde bir güç dengesi kurulması için devletin gerçekleştirme sorumluluğunu üstlendiği ekonomik ve sosyal nitelikli ve özgürlükçü önlemlerin bütünüdür. İşte bu haklara anayasalarında ve yasalarında yer veren ve bunları içtenlikle yerine getirmeye çaba gösteren devlet de sosyal devlettir.

Refah devletinin görev alanı oldukça geniştir ve her ülkenin kendi sosyal refah modeline göre çeşitli uygulamaları bulunmaktadır (Özdemir, 2006: 28). Nitekim Esping-Andersen (2006b: 168), Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde benimsenen “Liberal Refah Rejimi”, Avusturya, Fransa, Almanya, İtalya gibi ülkelerde hakim olan “Korporatist Refah Rejimi” ve İskandinav ülkelerinde benimsenen “Sosyal Demokrat Refah Rejimi” şeklinde üç farklı refah rejimi bulunduğunu belirtmektedir. Ferrera (1996) ise bu sınıflandırmaya dördüncü bir tür olarak İspanya, Portekiz, İtalya ve Yunanistan’ın oluşturduğu Güney Avrupa (Latin veya Akdeniz) Refah Rejimi’ni eklemektedir. Bu sınıflandırmalara rağmen sosyal refah devletlerinin görevlerinin temel olarak sosyal güvenlik, eğitim, sağlık, gelirin yeniden dağıtımı, konut ve sosyal refah hizmetleri olmak üzere altı alanda yoğunlaştığı görülmektedir (Özdemir, 2006: 28).

Bu bağlamda sosyal devleti, sosyal adalet, sosyal koruma ve sosyal güvenlik sağlama işlevlerinden yola çıkarak, vatandaşlarına asgari bir gelir güvencesi veren, gelecekte karşılaşılması muhtemel sosyal risklere karşı sosyal güvence sağlayan, eğitim, sağlık, barınma ve tüm sosyal hizmetlerden adil bir şekilde yararlanılmasını garanti eden devlet şeklinde tanımlamak da mümkündür.

### **1.1.2. Sosyal Devletin Tarihsel Süreç İçerisindeki Evrimi**

Modern anlamda sosyal devletin temelleri 19. yüzyılın ortalarında İngiltere’de temel eğitimi sağlamak amacıyla düzenlenen yasal düzenlemeye kadar götürülse de, genel kabul gören görüş modern sosyal devletin temellerinin 1883’te Alman başbakanı Otto von Bismark tarafından getirilen sosyal sigorta uygulamaları ile atıldığı yönündedir. Bunlardan önce de bir takım İngiliz Yoksulluk Yasaları bulunsa da, bunlar genelde sosyal devlet için bir başlangıç olarak kabul edilmemektedir (Özdemir, 2004: 34).

Sosyal devlet anlayışıyla ilgili ilk düzenlemeler 19. yüzyıl ortalarında anayasal belgelerde yer almaya başlamıştır (Şentop, 2006: 42). Anayasal düzeyde sosyal devlet anlayışına yer veren ilk önemli belge 1848 tarihli Fransa Anayasası olmuştur (Göze, 2005: 145). 19. yüzyıl boyunca güçlenmeye devam eden sosyal devlet düşüncesi, işçi hareketlerinin ve 1917 Sovyet Devrimi'nin de etkisiyle 1919 Alman Weimar ve 1920 Çekoslovakya anayasalarına daha açık bir şekilde girmiştir (Şenkal, 2006: 58).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ise Batı demokrasilerinde yapılan yeni anayasalarda sosyal devleti ilkesi kabul edilmiş, sosyal haklara ilişkin ayrıntılı düzenlemelere yer verilmiştir. Anayasalarda ilk olarak devlet, vatandaşlarının beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yaraşır bir şekilde yaşamalarını sağlamakla, çocukları, anayı, gençleri, yaşlıları, sakatları, çalışamayacak durumda olanları korumakla ve kişileri yoksulluk ve gelecek korkusundan kurtarmaya yönelik sosyal güvenlik sistemlerini kurmakla yükümlü tutulmuştur. İkinci olarak devlet, herkesin eğitim ve öğretim ihtiyaçlarına cevap vermekle, üçüncü olarak ise herkesin çalışma hakkı olduğundan hareketle çalışma hayatına ilişkin düzenlemeleri yapmakla görevlendirilmiştir (Göze, 2005: 150-155). Türkiye'de ise sosyal devlet anlayışına ilk kez 1961 anayasasında yer verilmiştir.

Refah devletinin ortaya çıkmasındaki temel itici gücün Sanayi Devrimi olduğu kabul edilmektedir. Sanayi Devrimi ile birlikte endüstrileşmenin yarattığı ağır çalışma koşulları ve kentleşme sorunları, o güne dek belirli bir işlevi olan ailenin, hayır kurumlarının, lonca ve yardım sandıklarının yetersiz ve işlevsiz kalmasına neden olmuştur. Öte yandan artan sorunlar ve işlevsiz kalan bu kurumların yanında, işçi sınıfının fabrikalarda ve kentlerde yoğunlaşması toplumsal bir hareketliliğin doğması için uygun koşullar sunmuş, işçi sınıfında sömürü koşullarına karşı sınıf bilincinin gelişmesi, siyasal hareketliliğin yaratılmasında olumlu bir rol oynamıştır (Koray, 2003). İşçi sınıfı ve işçi hareketi ile hak arama mücadelesi büyüme sürecine girmiş, bu nedenle işçi sınıfı ve yoksullar üzerine odaklanan koruyucu politikalar ile sosyal güvenlik uygulamaları devletin gündemine girmiştir (Şenkal, 2005: 277).

I. ve II. Dünya Savaşları ile 1929 Bunalımı'nın getirdiği ağır ekonomik yüke rağmen, getirilen uygulamalar pekiştirilmiş, asıl ivme İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmıştır (Şenkal, 2005: 277).

1929 Bunalımı, devletin ekonomik ve sosyal olaylara müdahalesini arttırıcı politikaların hayata geçirilme sürecini hızlandırmış (Ersöz, 2004: 35) ve savaş süresince zorunlu olarak uygulanan güdümlü ekonomi sistemi, devletin bazı koşullarda tam istihdamı gerçekleştirebileceğini, ülkenin doğal kaynaklarından ve insan gücünden tam ve hızlı bir şekilde yararlanmayı sağlayabileceğini göstermiştir. Güdümlü ekonomi sistemi ile bir toplumun atıl kalmış üretim güçlerinin belli bir amaca yöneltmesi halinde modern toplumun müthiş bir üretim gücüne sahip olabileceği ortaya çıkmıştır (Göze, 2005: 181, 182).

İkinci Dünya Savaşı ile 1973-74 Petrol Krizleri'ne kadar olan süreç, devletin ekonomik hayata müdahalesini öngören Keynesyen politikalarla ekonomik büyümeden her kesimin pay aldığı, refah devletinin en güçlü olduğu, adeta altın çağını yaşadığı dönem olmuştur. Ayrıca bu dönemde, çoğu ülkede yerel yönetimler mahalli düzeydeki kamusal hizmetlerin karşılanmasında birincil kurum haline gelmişlerdir. İkinci Dünya Savaşı'ndan 1970'lerin ortalarına kadar, hem merkezi idarenin hem de yerel yönetimlerin görev ve sorumlulukları ile kamu harcamaları sürekli artmıştır (Ersöz, 2000: 140).

Özellikle eğitim, sağlık, konut gibi temel sosyal politikaların uygulanmasında yerel yönetimlerin rolü küçümsenmeyecek bir seviyeye ulaşmıştır. Refah devletinin kurumsallaşması, vatandaşların refah hizmetlerini bir refah hakkı olarak gördüğü ve beklentilerinin sürekli arttığı bir kültürün doğmasına yol açmıştır. Bu nedenle hükümetler, halkın taleplerine ve çıkar gruplarının harcamaların arttırılması yönündeki baskılarına direnememişlerdir. Sonuçta artan beklentilerin karşılanmasında yerel yönetimler de görev almışlardır (Ersöz, 2004: 38).

1973-74 Petrol Krizleri, devletlerin ekonomilerini sarsmış ve sosyal harcamalarda kısıntıya gitmelerine neden olmuştur. Bunun yanı sıra demografik yapıda meydana gelen değişimlerle birlikte ortalama insan ömrünün uzaması, yaşlı nüfusun çoğalması ve doğum oranlarının düşmesi aktif-pasif dengesini bozmuş, bağımlılık oranını arttırmıştır. Ayrıca ekonomik büyüme hızları düşmüş, işsizlik oranları yükselmiş, kamu harcamaları artmış, vergiler yükselmiş, mali açıklar sürekli hale gelmiş, artan enflasyon oranları ile birlikte hükümetlerin sosyal harcamalar için milli gelirden ayırdıkları pay sürekli

büyümüş ve giderek katlanılmaz bir hacme ulaşarak ülkelerin rekabet güçlerini zayıflatır hale gelmiştir (Özdemir, 2006: 30).

Tüm bu sorunlar, 1970’li yılların ortalarında dünya ülkelerinin ortak problemleri haline gelmiştir (Ersöz, 2004: 35). Bu süreç, devletin ve yerel yönetimlerin ekonomik ve sosyal hayattaki etkinliklerinin ne düzeyde olması gerektiği tartışmalarını beraberinde getirmiş (Ersöz, 2000: 140), bütün bu olumsuz gelişmelerin sorumlusu ise refah devlet ilan edilmiştir (Ersöz, 2004: 35; Ersöz, 2006a: 40).

Buna ek olarak Sosyalist alternatifi çökmesi ve 1980’den itibaren küreselleşme ile birlikte özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde Reagan’ın, İngiltere’de ise Thatcher’ın başını çektiği neo-liberal görüşlerin de etkisiyle devletin ekonomik ve sosyal hayata müdahale etmemesi gerektiği anlayışının hakim olmaya başlamasıyla sosyal devlet, dolayısıyla da sosyal politikalar sorgulanmaya başlamıştır. Bu çerçevede, devletler bir yandan kamu harcamalarını azaltmak ve mevcut sosyal refah kurumları ve programlarını reforma tabi tutmak yoluna giderken, bir yandan da sosyal sorumluluklarını diğer bazı kesimlere -yerel yönetimlere, kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlara, özel sektöre, dini kuruluşlara, aile, akraba, arkadaş ve komşulara-bırakmaya başlamışlardır (Özdemir, 2006: 30; Ersöz: 2006: 41).

Kısacası sosyal devletin niteliğinde büyük bir dönüşüm yaşanmış, sosyal politika ve sosyal hizmetlerin sağlanmasına devlet dışındaki kurumların katılımı teşvik edilmeye başlanmıştır. Böylece devlet dışındaki kurumların daha büyük rol üstlendiği çoğulcu, karma bir refah ekonomisine geçilmiştir. Refah çoğulculuğu (welfare pluralism) olarak ifade edilen bu yaklaşıma göre, kamu yönetim birimleri sürdürmek durumunda oldukları sosyal refah hizmetlerinin üretim ve dağıtımını diğer aktörlere bırakmalı, hizmetlerin planlanması, finansmanı ve denetimi görevlerini üstlenmelidirler (Ersöz, 2006a: 41). Bu eğilim dünya ülkelerine paralel olarak Türkiye’de de 1980’lerden itibaren kendini göstermeye başlamıştır.

### **1.1.3. Sosyal Devletin Dönüşümü ve Yeni Kamu İşletmeciliği**

1970’lerde yaşanan ekonomik kriz ve durgunlukların ardından, ekonomide Keynesyen yaklaşım ve refah devleti anlayışı terk edilmeye ve yerine liberal yaklaşım benimsenmeye başlanmıştır. Bu süreç, devletin ekonomik ve toplumsal yaşamdaki

rolünün tartışılmasını da beraberinde getirmiştir. Böylelikle her şeyi bizzat üstlenen ve yapan devlet anlayışından, her şeyi sadece denetleyen ve yapılmasının önündeki engelleri kaldıran devlet anlayışına doğru hareket eden bir sürece girilmiştir. Doğal olarak bu süreç, devletin ne yapması veya ne yapmaması gerektiği konusunda yoğun tartışmaları beraberinde getirmiştir (Ökmen ve Parlak, 2008: 344).

1980’li yılların sonuna doğru, kısaca “yeni kamu işletmeciliği (new public management)” adıyla özetlenen yaklaşım tüm dünyayı etkisi altına almaya başlamıştır. Başlıca iddiası, verimsiz bürokrasilerden kaynaklanan sorunların, bunların yerine özel sektör politika ve uygulamalarının konulmasıyla giderilmesi olan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, kamu yönetimini serbest piyasa ve pazar ekonomisine ilişkin temel değerler etrafında girişimci yönetim niteliğine sahip çıkacak şekilde yeniden oluşturma çabasını ifade etmektedir (Ökmen ve Parlak, 2008: 253).

Yeni kamu işletmeciliği anlayışı, kamu yönetiminin piyasa benzeri koşullar içerisinde çalışmasını amaçlamaktadır. Neo-liberal ilkeler çerçevesinde şekillenen yeni kamu işletmeciliği anlayışı, özelleştirmeler ve kamu harcamalarının kısılması ile devletin küçültülmesini öngörmektedir (Ersöz, 2004: 37).

Devletin asli görevleriyle ilgili olmayan alanlardan tamamen çekilmesi, temel hizmetlerden yeterince yararlanamayan kesimlere yönelik Keynesçi devlet politikalarından vazgeçilmesi, bunlara yönelik sosyal güvenlik ve transfer harcamalarının azaltılması, devletin terk ettiği alanlardaki hizmetlerin özel sektör ya da gönüllü kuruluşlar eliyle yerine getirilmesi yaklaşımının benimsenmesi, düzenleyici ve yeniden dağıtıcı refah devleti anlayışından kopuşu ve piyasa sürecine dayalı devlete yönelişi anlatmaktadır (Ökmen ve Parlak, 2008: 253).

1980’den itibaren özelleştirmeye ağırlık vermek suretiyle devletin ekonomik faaliyetlerini özel sektöre veya sivil toplum örgütlerine bırakmasının yanı sıra desantralize edilebilecek kamusal hizmetlerin yerel yönetimlere devredilmesi yönünde bir eğilim süreci de söz konusu olmuştur (Yüksel, 2004: 3). Merkeziyetçi ve otoriter olarak nitelendirilen siyasi sistemler bile bu eğilim çerçevesinde yapılarını ve

fonksiyonlarını desantralizasyon<sup>2</sup> düşüncesine göre yeniden düzenlemeye başlamışlardır (Eryılmaz, 2007a: 86).

Klasik anlamda desantralizasyon, merkezi idareden mahalli idarelere doğru yetki, görev ve kaynak aktarımını ifade etmektedir. Modern anlamda desantralizasyon ise merkezi idarenin elindeki planlama, karar verme ve kamu gelirlerinin toplanması gibi idari yetkilerinin bir kısmını taşra kuruluşlarına, mahalli idarelere, federe birimlere, yarı özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına ve idarenin dışındaki gönüllü örgütlere (dernek ve vakıf gibi) aktarılmasıdır. Kısaca merkezi idarenin küçültülmesi olgusu olan desantralizasyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çeşitli şekillerde uygulama alanı bulmuştur (Eryılmaz, 2007a: 86).

Desantralizasyon kavramının siyasal, işlevsel ve mali boyutları bulunmaktadır. Desantralizasyonun siyasal boyutu, meclis üyeleri, belediye başkanları, vali ve kaymakamların seçimle işbaşına getirilmelerini, işlevsel boyutu eğitim, sağlık, kültür, ulaştırma ve altyapı başta olmak üzere başlıca görev alanlarının giderek tüm boyutlarıyla yerel yönetimlere devredilmesini, mali boyutu ise devlet bütçesi içinde yerel yönetim paylarının arttırılmasını, yerel yönetimlere vergi oranlarını belirleme ya da vergi koyma yetkisi verilmesini ifade etmektedir (Ayman Güler, 2000: 26, 27).

Desantralizasyon ile belde halkının taleplerine en uygun hizmetlerin ancak yerel yönetimler tarafından tespit edilebileceği ve sunulabileceği, böylece yerel kamu hizmetlerinin daha hızlı, daha ucuz, daha kaliteli ve daha etkin yürütülmesinin sağlanacağı iddia edilmektedir. Diğer taraftan ise bölgeler ve kentler arası farklılıklara bağlı olarak farklı maliyetlerde ve farklı standartlarda hizmet sunumları gerçekleşeceği sebebiyle endişeler bulunmaktadır (Acartürk ve Özgür, 2004: 149-153). Çünkü bir ülkede yerel yönetim birimleri nüfus, doğal kaynaklar, beşeri sermaye ve vergi potansiyeli gibi unsurlar açısından farklı konumlarda bulunmaktadırlar. Bu da, yerel yönetim birimleri arasında ekonomik ve mali potansiyel açısından farklılaşmalara yol açarak (Arıkboğa, 2004: 22), sunulan hizmetlerin niteliğinde ve niceliğinde uçurumlara neden olabilmektedir.

---

<sup>2</sup> Türkçeye “adem-i merkezileştirme”, “yerinden yönetimleştirme” olarak çevirilen desantralizasyon kavramı içerisinde deconsentration (yetki genişliği), delegation (yetki göçerimi), devolution (gerçek anlamda adem-i merkeziyet), privatizing (özelleştirme), denationalisation (millisizleştirme) ve deregulation (serbestleştirme) gibi çok çeşitli uygulamaları barındırmaktadır (Özel, 2007: 416, 417).

Desantralizasyon ek olarak Avrupa Birliği ile birlikte subsidiarity<sup>3</sup> (yerindenlik) ilkesi önem kazanmıştır. Yerindenlik ilkesine göre, kamu hizmetleri tercihen vatandaşlara en yakın birimler olan yerel yönetimler tarafından sunulmalıdır. Bu çerçevede AB, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde yerel yönetimlere önemli sorumluluklar yüklemektedir (Al, 2007: 366, 367).

Desantralizasyon politikaları ile merkezi hükümetlerin ya da federal devletlerin yerele devrederek terk etmeye başladıkları yetki ve sorumluluk alanlarının en önemlilerinden birini sosyal yardım ve hizmetler oluşturmaktadır. Bu çerçevede yerele devredilen sosyal hizmet ve yardımlar hakkında karar verme, sağlama ve finanse etme işi de yerel yönetimlere bırakılmaya başlanmıştır. Yerel yönetimler ise kolektif hizmetlerin üretiminden çekilmeye, rekabete açılmaya ya da hizmetleri piyasa mekanizmalarından satın almaya başlamışlardır. Örneğin İngiltere’de Thatcher’li yıllarda, yerel otoritelere orta eğitimi zorunlu kılıp kılmama yetkisi tanınmış, belediye konutları satılmış ve yeni düzenlemelerle yaşlılara hizmet veren yerel yönetimlere ait bakım evlerinin özelleştirilmesine olanak tanınmıştır (Sallan Gül, 2009: 89).

1990’lı yıllarda küreselleşen dünyada etkin çalışan bir devlet örgütlenmesinin nasıl gerçekleştirileceği tartışmaları devam etmiştir. Doğal olarak refah devleti anlayışının sorgulanması ve devletin rolünün yeniden tanımlanması arayışında küresel rekabette etkin çalışan bir kamu yönetimi sistemi oluşturma ihtiyacı ve demokratikleşme taleplerine cevap verebilme zorunluluğu büyük rol oynamıştır. Piyasa ekonomisi çerçevesinde faaliyet gösteren daha küçük, ekonomik etkinliği ve refahı arttıracak bir kamu kesimi oluşturma sürecinde özelleştirme, düzenleme (regulation) ve yasal kurumsal serbestleşme (deregulation) politikaları önem kazanmaya devam etmiş ve pek çok ülkede uygulama alanı bulmuştur (Ökmen ve Parlak, 2008: 252).

1990’lı yılların sonlarından itibaren IMF, OECD, Dünya Bankası gibi kuruluşlar başta olmak üzere, tüm uluslararası aktörler küreselleşme gibi yerelleşmeyi de kaçınılmaz bir süreç olarak ifade etmişler (Sallan Gül, 2009: 90), özellikle Dünya Bankası

---

<sup>3</sup> 1985 yılında Avrupa Konseyi tarafından kabul edilen ve Türkiye tarafından da 1988 yılında imzalanan Avrupa Yerel Yönetimler Özerklik Şartı’na göre subsidiarite ilkesi, kamusal hizmetlerin genel olarak ve tercihen halka en yakın birimler tarafından yerine getirilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Buna göre, bu hizmetlerin başka bir birime devredilmesi ancak hizmetin kapsamı, niteliği ile etkinlik ve ekonominin gerekleri gibi nedenlerle söz konusu olacaktır (Nadaroğlu, 2001: 70).



desantralizasyon politikasının hızlandırılarak uygulanması amacıyla çeşitli projeler üretmiştir (Ayman Güler, 2000: 26).

Dünya Bankası tarafından 1990'lı yıllarda kamu yönetimi alanına kazandırılan ve merkezi yönetim ve yerel yönetimlerin yanında özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının da yönetimde söz sahibi olmalarını öngören çok aktörlü bir yönetim sistemine işaret eden yönetişim (governance) kavramı (Eryılmaz, 2007a: 27), bir yandan etkin, bağımsız, hesap sorulabilen ve saydam bir kamu yönetimi yapısını ifade ederken, diğer yandan da kamu harcamalarının kısılması, kamu hizmetlerinin özel sektör eliyle gördürülmesi (ihale yöntemi) ve özelleştirme uygulamaları ile özdeşleşen minimal devlet anlayışı ile bütünleşmektedir (Aydın, 2008: 45).

Küreselleşmenin doğal bir sonucu olarak, Türkiye de bu sürecin dışında kalamamış, yönetim sistemini yukarıda genel hatlarıyla verilmeye çalışılan ilkeler çerçevesinde yeniden yapılandırmaya başlamıştır.

#### **1.1.4. Türkiye’de Sosyal Devlet**

Türkiye tarihinde sosyal devlet olma yolundaki ilk adımlar 19. yüzyılda atılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla bu çerçevede Osmanlı İmparatorluğu döneminin analiz edilmesi, daha sonraki gelişmelere ışık tutması bakımından önem taşımaktadır. Türkiye’de sosyal devlet anlayışı ve uygulamaları “Osmanlı İmparatorluğu Dönemi” ve “Cumhuriyet Sonrası Dönem” şeklinde iki kısım halinde incelenecektir.

##### **1.1.4.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi**

Osmanlı İmparatorluğu döneminde bireylerin sosyal ve mesleki risklere karşı korunmalarında aile, toplumsal yardımlaşma ve dayanışma, meslek kuruluşları ve vakıflar gibi geleneksel kurumlar rol oynamıştır. Tüm bu kurumların yanı sıra, dinsel nitelikte olan zekât uygulaması, toplumda ihtiyaç içinde bulunanlara ve yoksullara yardım yapılmasını dini ve ahlaki bir sorumluluk haline getirmiştir. (Sallan Gül, 2006: 261). Zekâtın yanında fitre, fidye ya da kefaretlar, nezirler, kurban ve isteğe bağlı diğer sadakalar da kısmen ya da bütünüyle yoksullara yardım yapılması ve gelir dağılımının bu gruplar yararına değiştirilmesi amacına yönelik diğer dini kurumlar olagelmıştır (Dilik, 1992: 29).

Osmanlı sisteminde devlet esas itibariyle iç ve dış güvenliği sağlamakla görevliydi. Nitekim devlet 19. yüzyıla kadar kendisini vatandaşları eğitmek, onlara sağlık hizmetleri götürmek, yoksullara yardım etmek, yol, köprü vs. yapmakla doğrudan görevli ve sorumlu saymıyordu. Tüm bu hizmetler, hep şahısların (başta padişah olmak üzere diğer devlet büyükleri ve zenginlerin) kurdukları ve devletin de vergi muafiyetleri vs. yollarla dolaylı olarak desteklediği vakıf müesseseleri tarafından gerçekleştiriliyordu. Vakıflar, eğitim ve öğretimden, sağlık, bayındırlık, sosyal güvenlik, sosyal yardımlaşma ve dayanışma ve belediye hizmetlerine kadar çok çeşitli hizmetleri yerine getiriyorlardı. Osmanlı toplumunun en önemli sosyal merkezlerinden birini oluşturan büyük vakıf külliyelerinin odak noktasını cami oluşturmakta, bunun yanında her seviyedeki mektep ve medreseler, kütüphane, hastane (bimarhane-darüşşifa), aşevi, arasta-çarşı, han-kervansaray, hamam ve külliyedeki görevlilerin meskenleri bulunmaktaydı (Kozak, 1994: 16,17).

19. yüzyıla gelindiğinde, vakıflar çerçevesinde işleyen refah sisteminin ve sosyal yardım ağının işlevini büyük ölçüde kaybettiği ve bu işlevleri merkezi devletin üstlenmeye başladığı görülmektedir (Özbek, 2006a: 29; Özbek, 2006b: 423). Nitekim 19. yüzyılın başlarından itibaren Osmanlı İmparatorluğu modern bir sosyal devlet olma yolunda önemli dönüşümler geçirmiş, sosyal alandaki faaliyetler bir kamu hizmeti ve vatandaşlık hakkı çerçevesinde anlam kazanmaya başlamıştır.<sup>4</sup> İmparatorlukta mali imkânlar çerçevesinde halk sağlığı, karantina uygulamaları, aşı üretimi, devlet hastanelerinin kurulması, önceleri askeri ve sivil devlet memurlarının daha sonra ise imalat sektöründe çalışanlar için emeklilik sisteminin getirilmesi, kimsesiz çocukların korunmasına yönelik hukuki ve kurumsal düzenlemelerin yapılmaya başlanması hep bu döneme rastlanmaktadır (Özbek, 2006a: 29).

19. yüzyılın sonuna gelindiğinde, dağınık bir görünüm taşıyor olmakla birlikte yoksullara yardım, emeklilik ve halk sağlığı alanlarında Osmanlı Devleti'nin kapsamlı

---

<sup>4</sup> Özbek'e (2006: 29, 30) göre, Osmanlı İmparatorluğu'nun bir sosyal devlet niteliği kazanmasının kendine özgü yönleri bulunmaktadır. 19. yüzyıl Avrupa'sında sosyal politika ve sosyal güvenlik uygulamaları daha çok işgücü piyasasının kontrolü ve işçi hareketlerinin yarattığı politik sorunlara çözüm üretmek üzere şekillenmişti. Fakat aynı dönemde Osmanlı İmparatorluğu'nda geniş bir sanayi sektörünün varlığından söz etmek mümkün değildir. Osmanlı Devleti, ekonomik ve toplumsal dönüşümlerin yaratmış olduğu sorunların giderilmesi, halkın refah ve mutluluğunun sağlanması doğrultusunda geniş bir alanda faaliyet yürütmeye başlamıştır. Bu dönemde ekonominin ticarileşmesi ve toprak kayıplarının yaratmış olduğu nüfus hareketleri, sosyal sorunların daha da karmaşık bir hal almasına yol açmış ve devletin sosyal politikalarının yaygınlaşmasını ve çeşitlenmesini gerekli kılmıştır.

bir faaliyet yürüttüğü anlaşılmaktadır. II. Abdülhamit döneminde, 1896 yılında yaklaşık bin kişilik bir kapasiteye sahip olan Darülaceze faaliyete geçmiş, 1899 yılından itibaren Hamidiye Etfal Hastane-i Âlisi, modern bir çocuk hastanesi olarak yoksul kadınlara ve çocuklara hizmet vermeye başlamıştır. 1902 yılında üç yüz yetime barınma ve eğitim imkânı sağlayan bir yetimhane, yani Darülhayr-ı Ali hizmete girmiştir (Özbek, 2006a: 36; Özbek, 2006b: 431). Ayrıca birçok vilayet merkezinde gureba hastaneleri tesis edilmiştir. Yine birçok vilayette kimsesiz ve yoksul çocuklar için sanayi mektepleri biçiminde ıslahhaneler bulunmaktaydı. Özellikle İstanbul'da önemli askeri ve sivil hastaneler de yer almaktaydı. Bu dönemde Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) de kurulmuştur (Özbek, 2006a: 36, 79). Tüm bu kategoriler dışında yetim ve dullar ve emekliler devlet tarafından yetim ve dul maaşları ve tekaüd sandıkları çerçevesinde koruma altına alınmışlardır. 19. yüzyılın hayli erken bir aşamasından itibaren askeriye, mülkiye ve ilmiye sınıfları için bir emeklilik ve buna bağlı olarak yetim ve dul aylıkları sistemi şekillenmişti. Ayrıca herhangi bir sebepten dolayı görevinden azledilmiş olanlara da mazulin maaşı ödendiği bilinen uygulamalar arasındadır (Özbek, 2006a: 31).

Osmanlı İmparatorluğu'nda devletin çalışma hayatına ilişkin müdahaleleri de 19. yüzyılda başlamıştır. İşçilerin çalışma koşullarının düzenlenmesi ve iş güvenliklerinin sağlanmasına ilişkin ilk düzenlemeler madencilik alanında olmuştur (Sallan Gül, 2006: 263).

Bu dönem, anayasal temelde incelendiğinde ise 119 maddeden oluşan ve ilk Türk anayasası olan 1876 tarihli Kanun-u Esasi'de, sosyal devlete ya da sosyal politikalara ilişkin bir hüküm bulunmadığı dikkat çekmektedir (Kuzu, 1988: 261-282). 23 Nisan 1920'de toplanan Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilen ve Karpat'a göre (1996: 54, 55) bir anlamda cumhuriyetin ilanı olarak nitelendirilen 20 Ocak 1921 tarihli Teşkilat-ı Esasiye Kanunu'nda da (1921 Anayasası) döneme özgü koşulların etkisiyle hak ve özgürlükler konusu ele alınmamıştır (Kara, 2004: 215; Talas, 1992: 64).

#### **1.1.4.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem**

1923 yılında Cumhuriyet'in ilanı ile yeni Türk Devleti'nin kurulması ile birlikte, ülkenin sanayileşerek kalkınabileceği görüşü benimsenmiş, ulusal sanayinin kurulmasına ve korunarak geliştirilmesine yönelik çabalar başlamıştır (Altan, 2003: 68). Bu yönde izlenilecek politikaların belirlenebilmesi amacı ile 17 Şubat-4 Mart 1923

tarihleri arasında İzmir’de “İzmir İktisat Kongresi” düzenlenmiştir (Altan, 2003: 68). Danışma niteliği taşıyan, alınan kararlar bakımından hükümeti bağlayıcı olmayan kongre, ilk defa tüm toplum kesimlerini (tüccar, sanatkâr, işçi, işveren, çiftçi, banka temsilcisi) bir araya getirmiştir. Her grup temsil ettiği sektörün sorunlarını ve bunların çözüm önerilerini kongreye sunmuştur (Tokol, 2005: 22).

Cumhuriyetin ilk on yılının ekonomik çerçevesini, kongrede de benimsendiği üzere devletçe korunan özel girişim vasıtasıyla sanayileşme politikası (liberal ekonomi politikası) oluşturmuştur. Fakat etkileri ülkemize kadar uzanan 1929 Bunalımı, İzmir İktisat Kongresi’nde alınan kararlar doğrultusunda özel girişimi özendirme politikasıyla sanayileşme çabasının başarısızlığı, kalkınmayı plana bağlayarak olumlu sonuçlar elde eden ve 1929 Bunalımı’nın dışında kalmayı başaran Sovyet deneyi gibi etkenler, 1932 yılına gelindiğinde ülkemizde devletin ekonomik hayata müdahalesini kaçınılmaz kılmıştır. 1932-1939 yılları arasında devletin ekonomik hayattaki etkinliği, bir yandan devlet işletmeciliği, diğer yandan da ekonomik hayatın, fiyat mekanizmasının, dış ticaretin vs. kontrol yoluyla düzenlenmeye çalışılması gibi şekillerde kendini göstermiştir. Bu bağlamda 1933-1937 yılları arasını kapsayan Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı hazırlanmıştır (Gülmez, 1991: 161-167).

Cumhuriyet’in ilanından sonra yeni Türkiye Devleti’nin ilk anayasası olan 1924 Anayasası, devletin görevleri konusunda oldukça sınırlı hükümler içermiş, özellikle devletin sosyal görev ve sorumluluklarına dair sadece eğitim ve öğretim ile ilgili hükümlere yer vermiştir (Serter, 1994: 119, 120).

1924 Anayasası’nın kabulünden sonra, devletin sosyal hayata müdahaleleri artmış (Serter, 1994: 120), çalışma hayatına ilişkin bir takım yasaların yanı sıra 1930 yılında ise ülke ve halk sağlığının genel olarak korunmasını hedefleyen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır (Gülmez, 1991: 295).

1946 yılına gelindiğinde, Türkiye’de siyasal olarak çok partili hayata ve ekonomik olarak ise serbest piyasa ekonomisine geçiş süreci başlamıştır. Sosyal politikalar açısından bakıldığında bu dönemin özellikle ilk yıllarında, dünyadaki eğilime paralel olarak, çalışma hayatına ve sosyal güvenliğe yönelik bir dizi hukuki düzenlemenin yapıldığı dikkat çekmektedir (Tokol, 2005: 49).

Ülkede yaşanan ağır ekonomik bunalımın ardından yaşanan 27 Mayıs 1960 Darbesi’den sonra 1961 yılında Kurucu Meclis tarafından yeni bir anayasa hazırlanmıştır. 1961 Anayasası ile ilk defa Türkiye Cumhuriyeti’nin bir sosyal devlet olduğu ifade edilmiştir (md. 2). Tüm ilkeleri sosyal devlet anlayışını destekler nitelikte olan Anayasa, Türkiye’de ilk defa Sosyal Hukuk rejimi kuran anayasa olarak kabul edilmektedir (Serter, 1994: 131). Sosyal devlet ilkesinin bir sonucu olarak Anayasa’da, devlete önemli sosyal görevler yüklenmiş, Anayasası’nın üçüncü bölümü (md. 35 - md. 53) sosyal ve iktisadi haklar ve ödevlere ayrılmıştır.

1960’lar planlama çerçevesinde ithal ikameci sanayileşme stratejisinin temel hedefleri doğrultusunda başarılı sayılabilecek uygulamaların yaşandığı yıllar olmakla beraber, 1970’li yıllardan itibaren petrol krizlerinin yarattığı olumsuzlukların da etkisiyle dönemin sonunda ithal ikamesinin büyümeye katkısının negatif olduğu ortaya çıkmıştır. Ekonominin ithalata olan bağımlılığı arttıkça ülke üretmeden tüketir hale gelmiş, ihracata yönelebilecek bir sanayi yapısı kurulamamıştır (Tokol, 2005: 70, 71).

Türk Silahlı Kuvvetleri, 12 Eylül 1980 günü gerçekleştirdiği darbe ile devlet yönetimine el koymuştur. Sivil toplum kuruluşları ve sendikalar yaşanan olumsuzlukların nedenlerinden biri olarak görülerek faaliyetlerine son verilmiştir. Daha sonra da Danışma Meclisi tarafından hazırlanan bir Anayasa tasarısı, Milli Güvenlik Konseyi’nce yapılan değişiklikler ve eklerle 7 Kasım 1982 günü halkoyuna sunulmuş ve kabul edilerek yasalaşmıştır (Altan, 2002: 75).

1982 Anayasası’nın sosyal devlet olgusuna yaklaşımı, 1961 Anayasası’na göre belirgin bir farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sosyal devlet anlayışından geriye gidiş yönünde olduğu genel kabul gören bir düşüncedir (Kara, 2004: 232).

1982 Anayasası, 1961 Anayasası’nda olduğu gibi Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin niteliklerini belirleyen 2. maddesinde devletin sosyal karakterine vurgu yapmıştır. 1982 Anayasası’nın üçüncü bölümü (md. 41-md. 65) sosyal ve ekonomik haklar ve ödevlere ayrılmıştır. “Sosyal Güvenlik Bakımından Özel Olarak Korunması Gerekenler” başlığını taşıyan 61. madde’de, devletin sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alacağı, yaşlıların devletçe korunacağı ve yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıkların kanunla düzenleneceği hükme bağlanmıştır.

Ancak tıpkı 1961 Anayasası'nda olduğu gibi, 1982 Anayasası'nda da devletin, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği (md. 65) hüküm altına alarak devletin sosyal devlet niteliğine bir sınırlama getirilmiştir.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de sosyal devlet ve sosyal refah sorunu karşısında yaklaşım değişikliği, kapitalizmin ikinci yapısal krizi sonrasında, Türkiye'nin dışa dönük kalkınma stratejisine geçtiği döneme denk düşmektedir. 24 Ocak 1980 kararları, sosyal refah anlayışının ve devletin sosyo-ekonomik konumunun başkalaşımıyla ilgili olarak dönüm noktası olmuştur (Kara, 2004: 231). 24 Ocak programı, ana çizgisiyle 1988 yılına kadar iktisat politikalarına damgasını vuran ve zaman içinde yeni öğelerin eklenmesiyle zenginleşen neo-liberal bir bütünlük taşımaktadır (Boratav, 2007: 148).

1980'li yıllarda yeni liberal ekonomi politikalarının uygulamaya konulmasıyla, özelleştirme uygulamaları işsizlik sorununun daha da büyümesine, kayıt dışı istihdamın giderek çoğalmasına neden olmuştur (Altan, 2002: 76). Sosyal refah sorunu, aile ve diğer geleneksel himaye mekanizmalarına havale edilmeye çalışılmış, gönüllü sosyal dayanışmanın, özellikle geleneksel sosyal dayanışma kurumlarının aile sistemi ile birlikte teşvik edilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (Sallan Gül, 2006: 285).

Günümüzde sınırlı, küçük ama asli fonksiyonlarına çekilmiş, etkin ve verimli devlet anlayışı, sosyal dayanışma idealini sağlama misyonunun gönüllü kuruluşlar, sivil örgütler ve aile üzerinden gerçekleştirilmesi gereğine vurgu yapmaya devam etmektedir (Kara, 2004: 243).

#### **1.1.5. Türkiye'de Sosyal Devletin Dönüşümü ve Kamu Yönetimi Reformu**

Dünya'da ve Türkiye'de 1980 sonrasında kökten bir yeniden yapılanma ile birlikte iktisadi, toplumsal, siyasal ve yönetsel açılardan köklü değişimler yaşanmaya başlamıştır. Edis Şahin (2009: 333), bu süreçte sosyal devletin, "sosyal"liğini, kamu yönetiminin de "kamusal"lığını yitirmeye başladığını ifade etmektedir.

1970'li yıllarda ortaya çıkan krizle başlayan süreçle birlikte, 1980'li yıllarda devletin öncelikli olarak ekonomik alandaki rolü öne çıkmış, piyasa ekonomisi çerçevesinde

örgütlenmiş bir devlet ve yönetim anlayışı gündeme gelmiştir (Ökmen ve Parlak, 2008: 252).

Sol ve sosyalist düşüncenin sarsıntı geçirilmesi liberal değerlerin yeniden egemen paradigma haline gelmesine yol açmıştır. Bu bağlamda devletin/idarenin küçültülmesi düşüncesi ile yerel yönetimlerin gücünü ve işlevini arttırmaya yönelik politikalar izlenmeye başlamıştır (Al, 2007: 364).

Küreselleşme süreci ile birlikte merkezi yönetimin küçültülerek, desantralizasyon yaklaşımı çerçevesinde yetki ve sorumluluklarının yerel yönetimlere ve sivil toplum kuruluşlarına aktarılması yönündeki eğilimler, beraberinde hem devletin yapısını, hem yerel yönetimlerin çehresini değiştirmekte, hem de sosyal devlet konusunda yeni arayışları ya da yeni uygulama alanlarını gündeme getirmektedir (Yüksel, 2007: 291).

1945-1975 döneminde gelişmiş ülkelerde kentlerin özellikle sosyal kalkınmasında önemli rol oynamış olan yerel yönetimlerin fonksiyonlarında, 1980'li yıllardan itibaren büyük bir daralma meydana gelmiştir. Merkezi yönetim düzeyinde ortaya çıkan ve serbest piyasa koşullarının kamu yönetiminde de hakim olmasını ve özel sektörün alanını genişletmeyi hedefleyen neo-liberal ilkeler yerel yönetimlerin yönetim, fonksiyon ve hizmet sunma anlayışında önemli değişikliklere yol açmıştır. Neo-liberal ilkelerin benimsenme düzeyine bağlı olarak ortaya çıkan gelişmeler ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte, tüm dünyadaki yerel yönetimlerin benzer yapı ve işlevlere sahip olmaya başladıkları gözlenmektedir (Aydın: 2008: 42).

Nitekim 1980'li yıllardan itibaren küreselleşme ile birlikte neo-liberal politikalara bağlı olarak Türkiye'de de yerel demokrasi ve yerel özerklik söylemleri çerçevesinde yerel yönetimlerin görev, yetki ve sorumlulukları genişletilirken, belediyeler hizmet üretiminden uzaklaştırılmış, kamu hizmetlerinin yerinden ve işletmecilik mantığı içinde karşılanması, rekabete açılması, özel sektör aracılığıyla yerine getirilmesine olanak tanınmaya başlanmıştır (Sallan Gül, 2009: 91).

Dünyada yaşanan yeni eğilimlerle birlikte 1990'lı yıllardan itibaren Türk kamu yönetimindeki reform ihtiyacı daha çok vurgulanmaya başlamıştır<sup>5</sup> (Yüksel, 2004: 12). 2004 yılında Kamu Yönetimi Reformu çerçevesinde 5393 sayılı Belediye Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu yasalaşmıştır.

Ayman Güler (2003: 1), Türk Kamu Yönetimi Reformu'nu, 24 Ocak 1980 kararları ile 12 Eylül döneminde başlayan çeyrek yüzyıllık “yapısal uyarlama reformları”nın ikinci büyük dalgası olarak yorumlamaktadır. Ona göre (2003: 25, 26) bu kanunlar ile Türk Kamu Yönetimi tercihini sosyal devlet yerine düzenleyici devlet ilkesinden yana yapmıştır:

Sosyal devlet, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amaçlı devlettir. Düzenleyici devlet ise, piyasa mekanizmasına dayanan bir sistemi piyasanın gereklerine göre yönetme amacına bağlıdır. Düzenleyici devleti yaratmanın ilk şartı, sosyal devletin mal ve hizmet üreten, dağıtan, yöneten tüm kurum ve mekanizmalarını (KİT'ler, bakanlıkların bağlı-İlgili kuruluşları-okullar, hastaneler) tasfiye etmek; devletin bu tür kurumlaşmaya gitmesini yasaklamaktır. Düzenleyici devlet, tüm toplumsal işleri özel sektöre devrederek, özel sektörün güvenli bir ortamda islemesini sağlayacak kurum ve mekanizmaları kurmakla görevli sayılmaktadır. Sosyal devlette öncelik halkın ihtiyaçları ve toplumsal fırsat eşitliği sorununa verilmişken, düzenleyici devlette öncelik küresel sistemle kaynaşması teşvik edilen şirketler dünyasının ihtiyaçlarına verilmektedir.

Kamu Yönetimi Reformu ile yerinden yönetim düşüncesi ön plana çıkmaktadır. Yerinden yönetim düşüncesi ile yerel yönetimlerin yetki alanlarını genişletici ve mevcut yetkilerini pekiştirici düzenlemeler yapılmıştır. Örneğin belediyelere kültür ve turizm, gençlik ve spor, sosyal hizmet, sağlık, doğal afetler, ekonomi ve ticaretin geliştirilmesi, eğitimle ilgili fiziki altyapının yapılması gibi konularda yeni yetkiler verilmiştir. İl özel idareleri ise il sınırları içerisinde gençlik ve spor, sağlık, tarım, sanayi ve ticaret, il çevre düzeni planı, bayındırlık ve iskan, kültür, sanat, turizm, sosyal hizmetler gibi alanlarda, belediye sınırları dışında ise imar, yol, su, kanalizasyon gibi temel belediye hizmetlerini yürütmekle yetkili kılınmıştır. Ancak il özel idarelerinin yetkili kılındıkları hemen

---

<sup>5</sup> Türk kamu yönetiminde reform ihtiyacının geçmişinin Tanzimat'a kadar götürülmesi mümkün olmakla birlikte, özellikle II. Dünya Savaşı'ndan itibaren bu konu hemen hemen bütün hükümetlerin hedefleri ve programları arasında yer almıştır (Yüksel, 2004: 11).



hemen bütün alanlarda, belediyelerin ise kültür ve turizm, sosyal hizmetler, gençlik ve spor gibi yeni görev alanlarında aynı zamanda merkezi idarenin taşra kuruluşları da yetkilidir. Dolayısıyla çok başlı sistem hala var olmaya devam etmekte, il özel idaresinin yetki ve görevleri büyük ölçüde kâğıt üzerinde kalmakta, belediyeler ise mali güçleriyle paralel bir şekilde yetkili kılındıkları yeni alanlardaki görevlerini yapmaya çalışmaktadırlar (Arıkboğa, 2007: 57).

1980 sonrası belediyelerde yeni hizmet yöntemleri kullanılmaya başlamıştır. Kamu hizmetlerinin piyasa ortamında yürütülmesi politikaları benimsenmiş ve birçok yerel hizmet özel sektöre gördürülmüştür. Kamusal hizmetlerin bizzat kamu tarafından yürütülmesi gerektiği düşüncesinden vazgeçilmiş, ulaşım ve temizlik hizmetleri başta olmak üzere birçok hizmet özel sektör eliyle gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Al, 2007: 369).

Önceleri sadece Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nda yer alan çeşitli hizmetlerin yerine getirilmesiyle ilgili olarak “yapar veya yaptırır”, “kurar veya kurdurur”, “işletir veya işlettirir” ifadelerine Belediye ve İl Özel İdaresi Kanunları'nda da yer verilerek kapsamı genişletilmiştir. Yani yerel yönetimler bu görevleri bizzat kendileri yapabilecekleri gibi özel sektöre de yaptırabilecek, ihale edebileceklerdir. Böylece kamusal hizmetlerin yerine getirilmesinde özel sektöre önemli bir rol verilmektedir (Arıkboğa, 2007: 59, 60).

Nitekim 5393 sayılı Belediye Kanunu ile belediyelere sosyal hizmetler alanında verilen çeşitli görev ve sorumluluklar ile sosyal sorumlulukları arttırılmakta ve bu hizmetlerin piyasa aracılığıyla verilmesi desteklenmektedir (Sallan Gül, 2009: 92). Örneğin Türkiye'de evde bakım hizmetleri veren İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri, bu hizmetleri ihale yoluyla özel sektörden satın alma yoluna gitmektedirler.

Türkiye'de bu gelişmelerden en çok etkilenen alanlardan birisini sağlık sektörü oluşturmaktadır. 1980'li yıllara kadar Türk sağlık sektörü devletçi bir gelenekten beslenmekte iken, bu tarihten sonra liberal eğilimler çerçevesinde şekillenmeye başlamıştır. Dünya Bankası ülkelerdeki sağlıkta reform programlarına finansal destek vermeye başlamış, Türkiye'de de 1990'lardan itibaren sağlık hizmetlerinin yerleştirilmesine ilişkin çalışmalara başlanmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin aşırı merkezîyetçi olduğu ve yönetimden sorumlu kurumlar arasında yeterli koordinasyon

bulunmadığı gerekçesiyle programlar hazırlanmaya başlanmıştır. En son 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'na sadece planlama (ulusal düzeyde program ve politika geliştirme, standartları belirleme), koordinasyon sağlama ve denetleme fonksiyonları yüklenmekte, uygulamaya yönelik karar verme süreci taşra teşkilatına kaydırılmakta ve aile hekimliği uygulamasına geçilmesi öngörülmektedir (Balcı, 2005: 47-59).

## **1.2. Sosyal Belediyecilik**

Kavramsallaştırılması hakkında her ne kadar “belediyelerin var oluş nedenleri zaten sosyal” şeklindeki eleştirilere maruz kalsa da, görece yeni bir kavram olan sosyal belediyecilik, ilk kısımda genel çerçevesi çizilen gelişmelere paralel olarak son yıllarda önemini ciddi bir biçimde arttırmıştır. Sosyal belediyecilik esas olarak sosyal politikalarla, özellikle de sosyal hizmetlerle özdeşleştirilmektedir.

Yerel yönetimler dönem dönem ve ülkeden ülkeye değişmekle birlikte önemli sosyal politika fonksiyonları icra etmişlerdir (Ersöz, 2007: 32). Dönemsel olarak farklı nedenleri olmakla birlikte, Tortop'un (1996: 29) da belirttiği gibi, sosyal hizmetler esas olarak merkezi idareye ait bir görev alanı olmasına rağmen, zaman içerisinde yerel idareler bu alanda önemli görevler üstlenmişlerdir.

Yerel yönetimler, merkezi yönetim ile birlikte kamu hizmetlerini yerine getiren kuruluşlar olarak daha çok çocuklar, gençler, yaşlılar, engelliler, kadınlar gibi dezavantajlı toplum kesimlerine yönelik “geniş anlamda sosyal politika”nın konusuna giren hizmetlerin yerine getirilmesinde görev almışlardır. Çünkü “dar anlamda sosyal politika”nın konusu olan işçi-işveren ilişkilerini, dolayısıyla da çalışma hayatını düzenleme, neredeyse tamamen yasama erkine sahip merkezi yönetim tarafından yürütülebilecek bölgesel nitelikli değil, ulusal nitelikli politikaları içermektedir (Ersöz, 2007: 32).

### **1.2.1. Sosyal Belediyecilik Kavramı**

Türkiye’de yerel örgütlenme belediye, il özel idaresi ve köy yönetimi olmak üzere üçlü bir yapılanma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Literatürde her ne kadar sosyal “belediyecilik” olarak kullanılsa da, aslında diğer yerel yönetim birimlerinin sosyal alana dönük faaliyetleri de sosyal belediyecilik kavramının kapsamına girmektedir. Bu

bağlamda literatürde “sosyal belediyeçilik” kavramını ikame etmek üzere “toplumcu belediyeçilik”, “toplumsal belediyeçilik”, “yerel sosyal politikalar”, “yerel sosyal hizmetler”, “yerel yönetimler ve sosyal politika”, “yerel yönetimler ve sosyal hizmetler” kavramlarının kullanıldığı da görülmektedir. Fakat yerel yönetimlerin özellikle dezavantajlı toplum kesimlerine yönelen ve sosyal adaleti güçlendirmeyi hedefleyen faaliyetleri çoğunlukla “sosyal belediyeçilik” kavramı çatısı altında incelenmektedir. Kavramsallaştırmada “belediyeçilik” kelimesinin tercih edilmesinin nedenini aşağıdaki süreç çerçevesinde açıklamak mümkündür.

Yerel yönetimler, sosyal politikaları, sosyal hizmetleri, mahalli sorumluluğa sahip olarak yerine getiren ve topluma en yakın olan kamu yönetim birimleridir. Ülkemizde yerel yönetim kuruluşu dendiğinde ise akla büyük ölçüde belediyeler gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra ülkemizde belediyeler, il özel idarelerine göre daha önemli kuruluşlar haline gelmiştir. Nüfus artışı ve göç hareketleri hızlı ve plansız kentlerin ortaya çıkmasına ve kentsel hizmet talebinin artmasına yol açmıştır. Belediyelerin kullandıkları kaynaklar ve hizmet götürdükleri nüfus, diğer yönetim birimlerine göre daha fazladır. Merkezi yönetimin yasal ve idari düzenlemeleri altında fonksiyonlarını icra eden belediyeler, sosyal refah hizmetlerinin üretim ve dağıtımında önemli bir rol üstlenirken, toplumun da artan ihtiyaçlarına bağlı olarak belediyelerden sosyal refah hizmetleri yönünde beklentisi oldukça yüksek düzeylere ulaşmıştır (Aydın, 2008: 17, 18).

5393 sayılı Belediye Kanunu’na göre belediye, belde sakinlerinin mahalli müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idari ve mali özerkliğe sahip kamu tüzel kişisidir (md. 3/a). Benzer şekilde 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu’na göre il özel idaresi, il halkının mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idarî ve malî özerkliğe sahip kamu tüzel kişisidir (md. 3/a). Mahalli müşterek nitelikteki ihtiyaçlar tanımlaması ise belde/il halkının sadece fiziki değil sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçlarını da kapsar nitelikte bir anlam taşımaktadır. Dolayısıyla belediyenin görevi sadece kentin yolunu, suyunu parkını yapmak, imarını yönetmek gibi rutin-klasik belediyeçilik anlayışı ile sınırlandırılmaz (Can, 2006: 18).

Literatürde sosyal belediyecilikle ilgili en sık kullanılan tanım Yalçın Akdoğan'a aittir. Akdoğan (2002: 35), sosyal belediyeciliğin tanımını oldukça geniş kapsamlı bir şekilde yapmaktadır:

Sosyal belediyecilik, mahalli idareye sosyal alanlarda planlama ve düzenleme işlevi yükleyen, bu çerçevede kamu harcamalarını konut, sağlık, eğitim ve çevrenin korunması alanlarını kapsayacak şekilde sosyal amaca kanalize eden; işsiz ve kimsesizlere yardım yapılması, sosyal dayanışma ve entegrasyonun tesis edilmesi ile sosyo-kültürel faaliyet ve çalışmaların gerçekleştirilebilmesi için gerekli olan altyapı yatırımlarının yapılması için bilinçli politikalar üretmesini öngören; bireyler ve toplumsal kesimler arasında zayıflayan sosyal güvenlik ve adalet mevhumunu güçlendirmeye yönelik olarak mahalli idarelere sosyalleştirme ve sosyal kontrol işlevleri yükleyen bir modeldir.

Hasan Can (2006: 18) ise sosyal belediyeciliği, sosyal belediyeciliğin amaç ve hedeflerini esas alarak tanımlamaktadır:

Sosyal belediyecilik, yerel nitelikteki kamu harcamalarını sosyal güçsüzlerin (kimsesiz, özürlü, yaşlı gibi) korunmasını, maddi açıdan desteklenmesine yönlendiren, yerel düzeyde eğitim ve sağlık olanaklarının geliştirilmesine katkıda bulunan, sosyal adaletin tesis edilmesine yardımcı olan, sosyal sermayenin gelişimi için çalışmalara önem veren bir modeldir.

Can (2006: 18), yaptığı tanıma ek olarak, sosyal belediyeciliğin sadece sosyal güçsüzlere yardımla sınırlı bir yaklaşım olmadığını belirtmekte, sosyal güçsüzlere yardım yapılmasının ve onların hiç olmazsa asgari geçim standartlarına sahip olmaları için çalışmalar yapılmasının yanı sıra asıl önemli olanın, bu çalışmaların sağlıklı ve sürdürülebilir olması ve sosyal güçsüzlerin yapabilirlik kapasitelerinin geliştirilmesi gereğine dikkat çekmektedir.

Her iki sosyal belediyecilik tanımında da sosyal politikaların uygulanması işlevinin özel olarak belediyelerin sorumluluğuna değil, genel olarak yerel idarenin sorumluluğuna verildiğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu çerçevede “sosyal belediyecilik” kavramının, “belediyecilik” kısmının aslında gerçek anlamını aşar şekilde tüm yerel yönetim birimlerini kapsadığının tekrar altını çizmek gerekmektedir.

Şen (2007: 42), gerek uygulayıcılar gerekse de halkın sosyal belediyciliği yardım organizasyonculuğu gibi algıladıklarını, oysa sosyal belediyciliğin asıl maksadının sosyal dokunun rehabilite edilmesi olduğunu vurguladıktan sonra, sosyal belediycilikte nihai hedefin, her talep edene talep ettiği yardımı vermek değil, belde sakinlerini yardıma muhtaç olmaktan kurtarmak olması gerektiğinin önemine atıf yapmaktadır.

Keleş'e göre (2009: 30), "sosyal" ya da daha yeni bir anlatımla, kısaca "toplumcu" belediycilik, toplumsal refah devletinin belediyciliği olarak tanımlanabilmektedir. Bu anlamda, sosyal belediycilik, toplumsal amaçların öncelik aldığı, göz ardı edilmediği, toplumun çıkarlarının ön plana çıkarıldığı; bununla birlikte, üretim araçlarının mülkiyetinin, ilke olarak, yine bireylerde olduğu bir belediycilik anlayışını temsil etmektedir.

Sosyal belediycilik aslında bir anlamda sosyal devletin yereldeki temsilcisi ya da yereldeki ortağı olan bir anlayışı kapsamaktadır. Bu çerçevede, sosyal belediycilik, belediyelere sadece klasik beledi fonksiyonları yüklemenin ötesinde, onları sosyal sorunların çözümünde de sorumlu tutmaktadır. Sosyal devletin yetersiz kaldığı durumlarda, sosyal belediycilik anlayışı devreye girerek, sosyal sorunların azaltılmasında ve çözüme kavuşturulmasında önemli bir rol üstlenmektedir.

Şen'e göre (2007: 42); belediyeler, klasik fiziki beledi işlevlerin yanında, sosyal ve kültürel beledi hizmetlerden de sorumludurlar. Fiziki belediycilik, sosyal belediycilik ve kültürel belediycilik sınıflandırmasında, ulaşılmaması gereken son aşama kültürel belediyciliktir ve sosyal belediycilik, fiziki belediycilikle kültürel belediycilik arasında bağlayıcı, bağdaştırıcı ve iletici bir aşama olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır. Belediyeçilik denildiğinde, ilgili yaşam alanının fiziki dokusu, sosyal dokusu ve kültürel dokusu bir bütün olarak ele alınmalı, fiziki hizmetler ile sosyal ve kültürel hizmetler tek bir hizmetmiş gibi görülmeli, bir bütün içerisinde birbirini tamamlayan parçalar olarak algılanmalıdır.

Sosyal belediycilik kapsamında yürütülmesi öngörülen hizmetler, çok genel olarak şöyle özetlenebilir:

- Kimsesizlerin, evsizlerin, sokak çocuklarının ve muhtaç kadınların barınma ihtiyaçlarını karşılamak,
- Öksüzlere çocuk yuvaları ve kreşler yapmak,
- Yaşlılara huzur evleri tesis etmek,
- Sağlık merkezleri, sağlık ocakları, gezici sağlık otobüsleri, ön tanı merkezleri hizmete sokmak,
- Hastaneler civarında hasta yakınları için misafirhaneler oluşturmak,
- Kültür, sanat ve spor tesisleri açmak,
- Tiyatro, sinema, kütüphane ve kültür merkezlerini mahallelere kadar yaygınlaştırmak,
- Fakir, muhtaç ve yaşam mücadelesi veren kesimlere yönelik aş evleri ve imarethaneler kurmak,
- Özürlüler için ulaşım, eğitim ve sosyo-kültürel ortamlarda kolaylık sağlayıcı tedbirler almak,
- Meslek ve beceri edindirme kursları açmak,
- Park-bahçeler ve piknik alanlarını yaygınlaştırmak,
- Doğal dengeyi koruyan ve çevresel şartları düzenlenmiş ucuz konut alanları üretmek,
- İş kuracak kadın ve gençlere yönelik rehberlik yapmak, makine ve ekipman desteği sağlamak,
- Tanzim satış mağazaları ve ekmek fabrikaları kurmak,
- Gıda, kömür, ilaç, kırtasiye malzemesi yardımı yapmak,

- Toplumsal gruplar, sivil toplum kuruluşları ve kitle örgütlerine rehberlik etmek, onlarla dayanışma ve yardımlaşmayı geliştirmek,
- Gençlerin, engellilerin ve kadınların toplumsallaşmalarını sağlayacak merkezler açmak olarak gösterilebilir (Akdoğan, 2006: 45; Es, 2007: 30, 31).

### 1.2.2. Sosyal Belediyeciliğin İşlevleri

Akdoğan (1999), sosyal belediyeciliğin işlevlerini “sosyalleştirme, sosyal kontrol ve rehabilitasyon”, “mobilize etme, yönlendirme, kılavuzluk ve rehberlik etme”, “yardım etme ve gözetme” ve “halkın geçim sıkıntısını gidermeye yönelik yatırım kararları alma” şeklinde dört başlık altında toplamıştır:

**Sosyalleştirme, Sosyal Kontrol ve Rehabilitasyon:** Sosyalleşme, toplumun bir parçası haline gelme; kişinin aile, okul, mesleki örgütler gibi içinde yer aldığı toplumsal kurumların ve genelde yaşadığı kültürel ortamın kendisinden beklediği şekilde davranmayı ve diğer bireylerle uyum içinde yaşamayı öğrenme sürecidir. Bireylerin devletin sosyalleştirme ağının dışında kalmaları birçok soruna sebep olabilmektedir. Belediyeler bu çerçevede bir nevi sosyal eğitim işlevi görebilirler. Mahalli idareler toplumsal düzenin devamının sağlanmasına yönelik olarak bireye toplumsal beklentilere uygun davranış, kural ve değerler aşılama manasında sosyal kontrol mekanizması olarak işlev görebileceklerdir. Kiraathane toplantıları ,halk meclisleri, esnaf gezileri, afişler ve mahalle kütüphaneleri aracılığıyla belediyeler halka daha yoğun mesaj verebilmektedirler.

**Mobilize Etme, Yönlendirme, Kılavuzluk ve Rehberlik Etme:** Toplumsal kesimlere yönelik olarak danışmanlık hizmeti verme, onları belli gün ve olaylarda yönlendirme, halka sorunlarını nasıl ve hangi kurumlarla çözebilecekleri konusunda yardımcı olma gibi işlevler belediyelerce yürütülebilmektedir.

**Yardım Etme ve Gözetme:** Mahalli idareler beldelerindeki fakir ve muhtaç vatandaşların bilgilerine kolaylıkla sahip olabilmekte, onların sosyo-ekonomik durumlarını izleyebilmekte, asgari yaşam sınırında olanlara gıda, kömür, ilaç, kırtasiye malzemesi, tekerlekli sandalye gibi yardımlarda bulunabilmektedir.

**Yatırım:** Mahalli idareler halkın geçim sıkıntısını gidermeye yönelik olarak köklü tedbirler alamamakla birlikte, kolaylaştırıcı birtakım hizmetlere yönelebilmektedirler. Tanzim satış mağazaları, ekmek fabrikaları, aş evleri, sığınma evleri, sağlık ocakları, mahalle kütüphaneleri bunlardan sadece bazılarıdır. Bu hizmetlere yönelik mahalli idarelerin yatırımlara girişmeleri bir zorunluluk olarak görünmektedir.

### **1.2.3. Sosyal Belediyeciliğin Tarihsel Gelişimi**

Sosyal belediyeciliğin tarihsel gelişimi “Refah Devleti Öncesi Dönem”, “Refah Devleti Dönemi” ve “Refah Devleti Sonrası Dönem” şeklinde, refah devleti esas alınarak yapılacak bir ayırımı tabi tutularak incelenecektir. Çünkü refah devleti ile birlikte yerel yönetimlerin de sosyal alana ilişkin faaliyetleri öncesi ile kıyaslanamayacak ölçüde gelişmiştir. Bu dönemde yerel yönetimler refah devleti ile birlikte sosyal refah hizmetlerinin yürütülmesinde önemli roller üstlenmişlerdir. Refah devletinin dönüşümü ile birlikte ise merkezi idareler asli görevleri dışında yer alan sosyal yardım ve sosyal hizmetler alanını tamamen yerel yönetimlere devretmeye başlamışlardır. Bu çerçevede genelde yasal çerçeveyi çizme, kaynak aktarma ve denetleme fonksiyonlarını merkezi idarenin, hizmetlerinin uygulanmasının ise yerel yönetimlerin üstlendiği bir yapılanma içerisine girilmiştir.

#### **1.2.3.1. Refah Devleti Öncesi Dönem**

Ortaçağ Avrupası’nda yerel yönetimler daha çok bağımsız şehir yönetimleri biçiminde ortaya çıkmıştır. Bu şehir yönetimleri temel kentsel hizmetlerin yanı sıra, günümüzün üniter devletleri tarafından yerine getirilen önemli sosyal politika fonksiyonlarını da üstlenmişlerdir. Su arzı, atık sistemi, yol sistemi gibi kentsel hizmetler ile kadın ve çocuk emeğinin denetimi, kamu sağlığı sistemlerinin oluşturulması, okullar, yoksullar ve yaşlılar için bakım imkânlarının geliştirilmesi gibi sosyal politika hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından karşılandığı bilinmektedir (Ersöz, 2006b: 764).

Yerel yönetimler, sosyal politika tarihinde önemli bir yere sahip olan “Yoksulluk Yasaları”nın uygulanmasında etkin bir rol oynamışlardır. 16. yüzyıldan itibaren Avrupa'nın birçok yerinde yoksullara yardım edilmesi gereği kamusal bir sorumluluk ve zorunluluk olarak görülmeye başlanmıştır. Ancak, devletler bu konuda doğrudan sorumluluk almak yerine ilk olarak, İngiltere’de, yoksullara yardımda bulunma görevi



yasalarla kentlere verilmeye başlanmıştır. Kurumsallaşma yolunda ilk yasa İngiltere’de iki yüzyıldan daha uzun bir süre yürürlükte kalan ve I. Elizabeth döneminde çıkarılan 1601 tarihli Yoksulluk Yasası’dır (Sallan Gül, 2000: 55). Bunu ilerleyen yıllarda farklı yoksul yasalarının yürürlüğe girmesi izlemiş, 1860’lı ve 70’li yıllarda ise Yoksulluk Yasası’nın uygulanışında yerel yönetimlerin daha fazla insiyatif sahibi olduğu yeni bir aşamaya girilmiştir (Güngör ve Özüğurlu, 1997: 17). Almanya’da ise 1870 tarihli Yardım Bölgeleri Yasası’nda (Relief Residence Law) yoksul yardımlarının yerel otoriteler tarafından yapılmasına karar verildiği bilinmektedir (Akyüz, 2008: 68).

Sanayi Devrimi ile birlikte ortaya çok ciddi sosyal sorunlar çıkmaya başlamıştır. Öncelikle fabrikaların kurulması zanaat tipi üretim tarzının sonu olmuş, bir başka ifadeyle geleneksel üretim tarzının yerini modern üretim tarzı almıştır. Bunun bir sonucu olarak da Sanayi Devrimi’ne kadar nüfusun ve işgücünün çok önemli bir bölümünü oluşturan köylüler, feodal bir yapı içinde varlıklarını sürdürürken yeni değişimler onların yaşama ve çalışma koşullarını köklü bir şekilde değiştirmiş ve endüstri bölgelerinde yeni yaşama ve çalışma koşulları içine girmelerine neden olmuştur. Hızlı bir kentleşme ile birlikte o güne kadar benzeri görülmemiş büyük bir göç hareketi başlamıştır. Kitle üretimine geçilmesiyle ekonomik imkânlarını kaybeden küçük zanaat hayatının usta ve kalfaları yeni ortaya çıkan fabrika sanayinin vasıflı ve yarı vasıflı işçileri haline gelmiştir (Ekin, 1994: 2, 3). Yoğun emek ve sermaye kullanımı ile birlikte, makineli üretimle, üretim sürecine emeği ve sermayesi ile katılanlar ayrılmış ve böylece bugünkü anlamda bir çalışma ilişkisi doğmuştur. Bir yanda ücret karşılığı bir işverene bağımlı olarak çalışanlar (işçiler), diğer yanda koydukları sermaye ile yanlarında işçi çalıştıranlar (işverenler) olmak üzere çıkarları birbirinden ayrılan iki sosyal taraf ortaya çıkmıştır (Koray ve Topçuoğlu, 1995: 107).

Bu sosyal taraflardan işçi sınıfı uzun çalışma süreleri, sefalet ücretleri, çocuk ve kadınların ağır şartlar altında çalışmaları gibi müthiş bir sömürü ile karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde ortaya çıkan sorunlar yerel yönetimlerin üstesinden gelemeyeceği kadar büyük sorunlar olduğundan, büyük işçi hareketleri ve bazı aydınların da etkisiyle devlet çalışma hayatı ile ilgili gerekli mevzuatı hazırlayarak işçi işveren çatışmasında düzenleyici, koruyucu bir rol üstlenmeye başlamıştır. Devletin

üstlendiği bu rol, yaygın olarak sosyal devletin temellerinin atılması ile ilişkilendirilmektedir.

Sanayi Devrimi'nden İkinci Dünya Savaşı'na kadar olan dönemde yerel yönetimlerin sosyal politika alanındaki işlevleri 20. yüzyılın başlarına kadar genelde yoksullara yardım ölçeğinde kalmış, bu dönemden sonra ve özellikle Birinci Dünya Savaşı ve iki savaş arasındaki sosyal imkânsızlıklar döneminde yerel yönetimler daha geniş sorumluluklar yüklenmişlerdir (Ersöz, 2006b: 768).

### **1.2.3.2. Refah Devleti Dönemi**

II. Dünya Savaşı sonrası koşullar, savaşın yarattığı sıkıntıları ve olumsuz sonuçları gidermek için devletlerin ekonomik ve sosyal hayata sürekli ve düzenli bir şekilde müdahale etmeleri zorunluluğunu doğurmuştur. Devletlerin öncelikli hedefi, barış ekonomisi içinde toplumda sosyal refah ve ekonomik gelişmeyi sağlamak olmuştur (Göze, 2005: 182). Bu çerçevede II. Dünya Savaşı ile 1970'lerin ortalarına kadar olan otuz yıllık dönem "refah devletinin altın çağı olarak" adlandırılmış, devletin ekonomiye müdahalesini öngören Keynesyen ekonomi politikaları ile yüksek ekonomik büyüme hızları ile tam istihdamın yanı sıra, yaygın sosyal refah hizmetleri ile karma ekonomi modeli üzerinde siyasi bir konsensüs sağlanmıştır (Pierson, 2006: 129).

Bu dönemde, merkezi idareler tarafından ulusal ölçekte planlanan sosyal nitelikli kamusal hizmetlerin sunumunda yerel yönetimler temel kurumlar haline gelmişlerdir. Örneğin İngiltere'de yerel yönetimler refah devleti fonksiyonlarının yerine getirilmesinde özellikle 1945-1975 döneminde önemli görevler üstlenmişlerdir. Hatta bazı yazarlar bu dönemde yerel yönetimleri "yerel refah devleti" olarak nitelendirmişlerdir (Ersöz, 2006b: 770).

### **1.2.3.3. Refah Devleti Sonrası Dönem**

1973-74 Petrol Krizleri, refah devletinin sorgulanmasına neden olmuş, artan kamu açıklarının nedeni olarak sosyal refah uygulamaları gösterilmiştir. Kamu harcamalarını azaltma gereği ile devletin ekonomiye müdahalesinin azaltılması yönündeki eğilimler güç kazandırmış ve liberal politikalara dönüş süreci başlamıştır.

Özellikle 1980 sonrasında, küreselleşme ile birlikte neo-liberal politikalar tüm dünyaya yayılmaya başlamıştır. Neo-liberal politikalar serbest piyasa ekonomisini benimsemekte, devletin sadece asli görevleri ile ilgilenerek, ekonomik ve sosyal hayata müdahale etmemesi gereğini öngörmektedir. Neo-liberal politikalar çerçevesinde devlet asli görevlerinin dışındaki görevlerini yerel yönetimlere, özel sektöre ya da sivil toplum örgütlerine devretmelidir.

Desantralizasyon politikaları ile merkezi hükümetlerin ya da federal devletlerin yerele devrederek terk etmeye başladıkları yetki ve sorumluluk alanlarının belki de en önemlisini sosyal yardım ve hizmetler alanı oluşturmaktadır. Bu çerçevede yerele devredilen sosyal hizmet ve yardımlar hakkında karar verme, sağlama ve finanse etme işi de yerel yönetimlere bırakılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla sosyal devlet yerini sosyal belediyeciliğe bırakmıştır. Her ne kadar refah devleti döneminde en güçlü sosyal belediyecilik uygulamaları var olmuşsa da, o dönemde yerel yönetimlerin merkezi idare ile birlikte sosyal hizmet uygulamalarını yerine getirdiklerinin, 1980'lerden sonra ise bu görevlerde yalnız olduklarının altı çizilmelidir.

Refah devleti esnasındaki sosyal belediyecilik anlayışı ile 1980 sonrası sosyal belediyecilik anlayışındaki bir diğer fark Ersöz'ün (2006b: 772) de belirttiği gibi, yerel yönetimlerin refah devleti döneminde eğitim, sağlık, sosyal hizmetler gibi refah hizmetlerini doğrudan üreten kurumlar iken, 1980'lerle birlikte refah hizmetlerini piyasadan satın alan veya bu hizmetlerin sağlanmasında garantör olan, güvence veren kurumlar haline gelmeleridir. Gerçekten de bu süreçte yerel yönetimlerin kolektif hizmetlerin üretiminden çekilmeye, rekabete açılmaya ya da hizmetleri piyasa mekanizmalarından satın almaya başlamışlardır. Bugün gelinen noktada, sosyal belediyecilik uygulamalarının önemli bir kısmı aslında ihale yoluyla özel sektöre yaptırılan uygulamalardan oluşmaktadır.

#### **1.2.4. Türkiye'de Sosyal Belediyecilik**

Dünyadaki genel eğilime paralel olarak Türkiye'de de, merkezi idarenin sosyal yardım ve sosyal hizmetler uygulamalarını yerel yönetimlere doğru devretmeye başladığı görülmektedir. 1996-2000 yılları arasını kapsayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan bu yana sosyal nitelikli hizmetlerin yerel yönetimler tarafından sunulması gereği üzerinde önemle durulmaktadır (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 247).

#### **1.2.4.1. Türkiye’de Sosyal Belediyeciliğin Tarihsel Gelişimi**

Sosyal belediyeciliğin tarihsel gelişimi, “cumhuriyet öncesi dönem” ve “cumhuriyet sonrası dönem” olmak üzere iki ana başlık altında ele alınacaktır. Cumhuriyet sonrası dönem de kendi içinde “1970 öncesi” ve “1970 sonrası” şeklinde iki alt başlığa ayrılarak incelenecektir. Belediyecilik ile ilgili literatürde, cumhuriyet sonrası dönemselleştirme daha ayrıntılı tarih aralıklarında yapılsa da, çalışmanın kilit noktası sosyal belediyecilik olduğu için 1970 tarihi ile başlayan süreci esas almak daha uygun görülmüştür.

##### **1.2.4.1.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem**

Osmanlı İmparatorluğu’nda Tanzimat’tan önceki dönemde belediye idaresi idari, adli ve beledi yetkilerin hemen tümüne sahip ve atama yoluyla işbaşına gelen bir devlet memuru olan kadı tarafından temsil edilmekteydi. Kadı hem hâkim, hem mülki amir hem de belediye başkanıydı (Ulusoy ve Akdemir: 2005: 210). Ancak kadı, şehre beledi hizmet getirmekten çok hizmetleri yaptırmak ve bunun için yerel halkı örgütlemek gibi bir fonksiyona sahipti. Bu çerçevede kentsel hizmetler, vakıflar, esnafın ve mahallenin avarız sandıkları veya devletin resmi görevlileri tarafından yerine getirilmekteydi (Ortaylı, 1985a: 112). Padişahlar, vezirler ve bireylerin kent ve kasabalardaki vakıf yoluyla yaptırdıkları hastaneler, çeşmeler, hanlar, köprüler, aşevleri ve imarethaneler dönemin imar ve sosyal yardım hizmetlerini yerine getiriyordu (Tümerkan, 1946: 6).

Kentlerin büyümesi ile hizmetlere yetişememe ve mülkiyet sistemindeki değişmeler vakıf kurmaya ilgiyi azaltmıştır. Zaman içinde ortaya çıkan siyasi ve sosyo-ekonomik huzursuzluklar vakıfları yetersiz duruma düşürmüştür (Toprak, 2006: 85).

Nitekim Özbek’e göre de (2006a: 31-34) 19. yüzyıl boyunca sosyal yardım alanında yaşanan en önemli olgu; vakıflar ve imaretler çerçevesinde işleyen refah sisteminin işlevini önemli ölçüde kaybetmiş olmasıdır. Tanzimat’ın ilanından sonraki dönemde vakıfların sosyal yardım işlevleri azalmış ve bu işlevleri merkezi devlet yüklenmeye başlamıştır.

Osmanlı İmparatorluğu’nda modern belediyelerin kuruluşu ve şehir hizmetlerinin bu örgütler tarafından yerine getirilmeye çalışılması, Tanzimat döneminde uygulanmasına girişilen reformlardan birisidir (Ortaylı, 1985a: 111). Modern anlamda bir belediye

kurulması arzusu, Tanzimat'ı izleyen yıllarda yoğunluk kazanmış, Kırım Savaşı sonrası gelişmelerin de etkisiyle<sup>6</sup> 1855 yılında ilk yasal girişimi; İstanbul Şehremaneti'nin kuruluşunu beraberinde getirmiştir (Nadaroğlu, 2001: 198).

1855'te kurulan İstanbul Şehremaneti'nin başında Şehremini adı verilen ve padişah tarafından atanan bir belediye başkanı bulunuyordu (Ortaylı, 2000: 137). Görevleri; "İstanbul halkı için zaruri olan bir eşyanın kolaylıkla tedarikini sağlamak, narh işlerine bakmak, yol ve kaldırım yapmak, şehrin temizlik işlerine bakmak, çarşı ve pazarları kontrol etmek, çeşitli vergi ve resimleri toplayıp hazineye teslim etmek (Tümerkan, 1946: 14)" şeklinde sayılan Şehremaneti'ne görüldüğü gibi sosyal politika ile ilgili herhangi bir fonksiyon yüklenmemiştir.

Başarısız olan Şehremaneti girişiminden sonra Batılı anlamda ilk belediye örgütü 1857 yılında azınlıkların yaşadığı Beyoğlu-Galata'ya yerel hizmetler götürmek üzere kurulan "Altıncı Daire-i Belediye"<sup>7</sup>dir. Paris Belediyesi örnek alınarak kurulan bu belediyenin başkan ve meclis üyeleri seçimle işbaşına gelmeyip merkezi idare tarafından atanmakta ve özel gelir kaynakları ve ayrı bir personeli bulunmaktaydı (Görmez, 1997: 89). Görevleri "daire dâhilindeki mahalle ve sokaklarla kaldırımaların, su yolu ve lağımaların tamir ve inşası, sokakların aydınlatılması, sokakların temizliğine bakılması, bu hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan masrafların tahsili (Tümerkan, 1946: 20)" olarak sayılan Altıncı Daire-i Belediye'ye sosyal politikaya ilişkin herhangi bir görev yüklenmemiştir.

Beyoğlu-Galata semtinde uygulanan belediye modeli daha sonra İstanbul'un diğer semtlerinde de yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla 1868'de "Dersaadet İdare-i Belediye Nizamnamesi" yayınlanmıştır (Eryılmaz, 1997: 40). Nizamname ile İstanbul belediye dairelerine geleneksel belediye hizmetlerinin yanı sıra "yardıma muhtaç olanlara yardım etmek, hastane, gurabahane ve sanat mektepleri kurmak (Tümerkan,

---

6 1854 Kırım Savaşı'nda Osmanlı Devleti, Rusya'ya karşı Avrupa devletleri ile ittifak kurmuştu. Bu sebeple İstanbul'a çok sayıda Avrupalı subay ve asker gelmişti. İktisadi sıkıntılar ve savaşların getirdiği mali yükler, Osmanlı şehirlerinin alt yapısına ve düzenine de kaçınılmaz olarak yansımaktaydı. Temizlik, aydınlatma, kaldırım ve kanalizasyon gibi temel belediye hizmetleri yetersizdi. İstanbul'daki Avrupalılar bu hizmetlerin iyileştirilmesi için bir belediye örgütüne gerek olduğunu tavsiye etmeye başlamışlardır (Eryılmaz, 1997: 38).

<sup>7</sup> Beyoğlu-Galata Belediyesi Altıncı Belediye Dairesi ismini; Tanzimat'ın mimarları olan Mustafa Reşit Paşa ile Ali Paşa'nın kısa bir süre oturdukları Paris'in seçkin ve modern bir semti olan "Sixième Arrondissement (Altıncı Daire)"den almıştır (Eryılmaz, 1992: 205; Eryılmaz, 1997: 39).

1946: 49)” gibi sosyal yardım ve hizmet görevleri yüklendiği görülmektedir. Bütün gayretlere rağmen belediye örgütü İstanbul’un bütün semtlerinde tam olarak kurulamamıştır. Bu nedenle önce 1877 tarihli Dersaadet Belediye Nizamnamesi, daha sonra ise 1912 tarihinde ülkedeki tüm belediyeleri düzenleyen “Dersaadet Teşkilatı Belediyesi Hakkında Kanunu Muvakkat” isimli geçici kanun çıkarılmıştır. Bu kanun, 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı Belediye Kanunu’na kadar geçerli olmuştur (Tortop vd.: 2006: 148).

Belediye yönetimleri İstanbul’dan sonra diğer liman kentleri ve önemli ulaşım merkezlerinde kurulmuştur (Toprak, 2006: 82). Osmanlı taşra kentlerinde ise modern beledi örgütlenme 1864 Vilayet Nizamnamesi ile başlanmaktadır (Ortaylı, 1985b: 242). Daha sonra çıkarılan 1871 tarihli “İdare-i Umumiye-i Vilayet Nizamnamesi”nde, belediyenin görevleri arasında “kimsesiz ve çalışamayacak derecede fakir bulunanların mahallelisi tarafından iaşesini temin etmek, çalışacak kudrette bulunan fakirlere iş bulmak” şeklinde sosyal bir görev yer aldığı görülmektedir.

Şehir ve kasabalarda belediye örgütünün yaygın bir şekilde kurulmaya başlaması ise 1877 yılında yürürlüğe giren “Vilayet Belediye Nizamnamesi” ile gerçekleşmiştir (Eryılmaz, 1992: 213; Eryılmaz, 1997: 41). 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı Belediye Kanunu’na kadar yürürlükte kalan Nizamnamede, belediyenin görevleri arasında klasik beledi fonksiyonlara ek olarak “dilsiz ve kör çocukların terbiyesi, muhtaç ve fakirlerin tedavisi, dilencililiği önlemek ve bunlardan çalışabileceklere iş bulmak, hastane, gurabahane, ıslahhane ve sanat okulları açmak” gibi sosyal fonksiyonlar da sayılmıştır.

Osmanlı belediye idareleri, toplum için gerekli olduğu halde, sosyal yardım ve hizmet alanındaki isteklere cevap verememişlerdir. Önceleri sosyal yardım ve hizmetleri yerine getiren vakıfların yerini modernleşen toplumun şartlarına göre doldurmak mümkün olmamıştır ve Osmanlı yöneticileri ve halkın ileri gelenleri bu konuda tutarlı planlar üretememişlerdir. Bulunmuş ve kimsesiz çocukların himayesi bile Babıali’ye yüklenen bir görev haline gelmiş ve bu dönemde yetimhane ve bakımevi gibi tesisler kurulamamıştır (Ortaylı, 2000: 216-218).

#### **1.2.4.1.2. Cumhuriyet Sonrası Dönem**

Türkiye’de sosyal belediyeciliğin geçmişini 1970’li yıllara götürmek gerekmektedir. 1970’li yıllar bir anlamda Türkiye’de sosyal belediyeciliğin tohumlarının atıldığı yıllardır. Dolayısıyla, Cumhuriyet sonrası dönem incelenirken, “1970 öncesi dönem” ve “1970 sonrası dönem” şeklinde ikili bir dönemselleştirmeye tabi tutulacaktır.

##### **1.2.4.1.2.1. 1970 Öncesi Dönem**

Köy ve belde halkının “mahalli mahiyette müşterek ve medeni” ihtiyaçlarını karşılamakla görevli köy ve belediye idareleri, 1924 Anayasası döneminde düzenlenmiştir. Buna binaen 1924 yılında Köy Kanunu, 1930 yılında ise 1580 sayılı Belediye Kanunu çıkarılmıştır (Yıldırım, 2002: 132). Cumhuriyet döneminin başarılı kanunlarından biri olarak nitelendirilen 1580 sayılı Belediye Kanunu, Cumhuriyet’in başlangıcı ile birlikte, Osmanlı döneminde ilk örneklerini gördüğümüz batılı-çağdaş anlamda şehircilik ve belediyecilik girişimlerine hız kazandırılmasının bir sonucudur (Yıldırım, 1990: 25).

1930 tarihli 1580 sayılı Belediye Kanunu, belediyelere sosyal politika alanında pek çok görev ve sorumluluk yüklemiş, İkinci Dünya Savaşı sonuna kadar bu görevlere yenileri eklenmiştir. Fakat bu sorumluluklar belediyelerin talepleri üzerine değil, devletin bu görevleri onlara yüklemesi sonucu oluşmuştur.

1580 sayılı Belediye Kanunu’nda belediyenin görevleri sıralama usulüne göre 15. maddede 81 fıkra olarak sayılmıştır. Bu görevler incelendiğinde, belediyelere sosyal politika alanında yüklenen görevleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Dilencileri dilenmekten men edecek tedbirler almak (f. 17);
- Bırakılmış ve bulunmuş çocukları, delileri, sokakta bayılanları, kazaya ve afete uğrayanları koruyup gözetmek (f. 18);
- Hafta Tatili Kanunundan istifade etmek isteyenlere izin vermek (f. 20);
- Fakir ailelerin ikiz çocuklarına, öksüz, fakir, kimsesiz çocuklara para, hekim, ilaç, yeme, içme, giyinme, barınma, tahsil, terbiye yardımı etmek, fakir hastalara

ücretsiz bakmak, ilaç vermek, fakir cenazelerini ücretsiz kaldırmak, işsiz ve bakacak kimsesi olmayanlara bakmak (f. 34);

- Yetimhane, acezehane, doğum evleri ile tesisat, teşkilat ve mahalleri Sağlık Bakanlığı'nca tayin ve tasdik edilmek şartıyla akıl hastaneleri açmak ve işletmek (f. 45);
- Yersiz, yurtsuz olanlara iş bulmak, bunlardan garip olup çalışmayanları memleketine göndermek, kimsesiz kadın ve çocukları korumak (f. 48);
- Fakirlere parasız veya ucuz ilaç vermek, ücretli ücretsiz muayenehane, dispanser açmak, fakirler için ücretsiz doğum yardımını temin etmek üzere ebe istihdam etmek (f. 57);
- Fakirler için yatı evleri yapmak ve idare etmek (f. 69);
- Muhtaçlar için yardım sandıkları tesis ve idare etmek (f. 71);
- Her türlü yapılar ve çevrenin, yolların, park, bahçe ve rekreasyon alanlarının, sosyal ve kültürel hizmet alanları ile ulaşım araçlarının özürülülerin kullanımına ve ulaşılabilirliğine uygun olarak yapılmasını sağlamak ve denetlemek (f. 78),
- İlgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak genç ve yetişkin özürülüler için bölgenin işgücü piyasasına uygun mesleklerde, meslek ve beceri kazandırma kursları, iş eğitim merkezleri ve yaşam evleri açmak (f. 80),
- Özürülüler için, ulaşım ile sosyal ve kültürel amaçlı hizmetlerden ücret almamak veya indirimli tarife uygulamak, belediyelere ait ve belediyeler tarafından işletilen veya kiraya verilen büfeler, otoparklar gibi işyerlerinin özürülüler tarafından işletilmesi konusunda kolaylık sağlamak (f. 81).

Görüldüğü gibi, 1580 sayılı Belediye Kanunu'nda belediyelerin görevleri arasında dilenciler, fakirler, yetim, öksüz, kimsesiz çocuklar, kazaya ve afete uğrayanlar, fakir hastalar, yersiz yurtsuz olanlar, kimsesiz kadınlar, muhtaçlar ve özürülülere yönelik çok sayıda sosyal politika görevi sayılmıştır. Ancak, Yasa'nın 17. maddesinde 59-73'üncü fıkralarda sayılan görevlerin belediyeler için ihtiyari görevler oldukları belirtilmiştir.



Buna göre, çoğu sosyal politika görevinin belediyeler için ihtiyari-zorunlu olmayan görev kapsamına girdiğini söylemek mümkündür.

Cumhuriyetin belediyecilik yaklaşımı, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Türkiye'nin tek partili yaşamdan çok partili bir siyasal yaşama geçişi ve yaşanan hızlı kentleşmeden ötürü değişim geçirmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, dünyada refah devleti anlayışının ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte kentleşmenin baskısı altında yeterli kaynak bulamayan belediyelerin bazı işlevleri yerine getiremeyişi üzerine, merkezi yönetime düşen işlevler sürekli artış göstermiştir (Tekeli, 1990: 51, 52).

Yıldırım (1990: 25), 1930-1950 döneminin, sınırlı bir şehirleşme ve toplumsal değişimin gözlemlendiği hiyerarşik-bürokratik bir belediyecilik anlayışının egemen olduğu bir kesit olarak belirttiğini ifade etmektedir.

1950'li yılların ortalarından itibaren kendini hissettirmeye başlayan şehirleşme süreci, 1960'lı yıllarda hızlı bir tempoya bürünmüş ve kentleri ve yönetimlerini önemli sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır (Yıldırım, 1990: 25).

1960'lı yıllar, bir yandan 1961 Anayasası'nın toplumsal yaşamda sağlamış olduğu görece özgür ortamın, bir yandan da sanayileşme ve kentleşme sürecine bağlı olarak ortaya çıkan kentsel çelişkilerin yönlendirdiği bir dönem olmuştur. Bu dönemde, yeni bir göç akımı ile karşı karşıya kalan kentler, yeni kentlilere yönelik kentsel hizmet sunumunda çok büyük sorunlar yaşamıştır (Adıgüzel, 2009: 105).

1961 Anayasası'nın<sup>8</sup> yerel yönetimlere getirdiği demokratik ve özerk mali ve yönetsel çerçeveye rağmen, gerekli yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılamadığı için hızla artan kentsel sorunlar karşısında yerel yönetimler gerekli yetki, kaynak ve kurumlardan yoksun duruma düşmüşlerdir (Yıldırım, 1990: 25).

1960'lı yılların ikinci yarısından sonra Türkiye'de sosyalist siyasal hareketlerin gelişmeye başlamasıyla belediyecilik söylemi de değişmeye başlamıştır. Belediyeler,

---

<sup>8</sup> Yerel yönetimler 1961 Anayasası'nın 116. maddesinde düzenlenmiştir. Maddeye göre; mahalli idareler, il, belediye veya köy halkının müşterek mahalli ihtiyaçlarını karşılayan ve genel karar organları halk tarafından seçilen kamu tüzel kişileridir. 1961 Anayasası ile mahalli idare birimlerinin seçimle işbaşına geleceği belirtilmiştir. 19.07.1963 tarih ve 307 sayılı kanunla belediye başkanlarının halk tarafından seçilmesi benimsenmiştir. İlk mahalli seçimler 1963 yılında yapılmış ve ilk defa seçmenler tarafından seçilen belediye başkanları görev başına gelmiştir (Tortop vd.: 2006: 148).

yeterli kaynaklara sahip, merkezi yönetimin keyfi müdahalelerine olanak vermeyen bir belediye anlayışını savunmaya başlamışlardır (Tekeli, 1990: 48).

Yıldırım (1990: 25), 1970’li yıllara dek Türkiye’de yerel yönetim anlayışının genel nitelikleriyle “merkeziyetçi”, “idari düzenlemeci”, “içe dönük”, “edilgen”, girişimciliği ve yenilikçiliği çok sınırlı bir tablo çizdiğini ifade etmektedir. Alada (1990: 130) da, zenginleşen çok partili yaşama, artan kentsel nüfus ve büyüyen kent sorunlarına rağmen, 1970’li yıllara kadar, siyasi parti programlarında yerel yönetimlerle ilgili düşünce ve politikaların yeterince işlenmediğinin, Türk belediyeciliğinin pratik düzleminde konut ve imar problemlerinin ağırlıklı olduğunun ve bunlara yönelik yasal düzenlemelerin yoğunluğunun göze çarptığına dikkat çekmektedir

#### **1.2.4.1.2.2. 1970 Sonrası Dönem**

Toplumsal, iktisadi ve siyasi değişimlerin hızlı bir şekilde yaşanmaya başladığı 1960’lı yılların ardından, değişimlerin keskinleştiği 1970’ler toplumcu belediyeçilik anlayışının doğuşuna zemin hazırlanmıştır (Güler, 2009: 125). Belediyelerin görev alanlarının merkezi idare tarafından belirlenmesine razı olma eğilimleri, 1970’li yılların ikinci yarısından sonra değişmeye başlamıştır (Tekeli, 1990: 52).

Türkiye’de ilk kez 1973 yılı ile birlikte “yeni belediyeçilik anlayışı (toplumcu belediyeçilik anlayışı)” gündeme gelmiştir. Yeni belediyeçilik anlayışı, ilk olarak Marmara (İzmit ve İstanbul ağırlıklı) ve Ankara yerel yönetim çevrelerinin çabalarıyla filizlenmeye başlamıştır. Bu anlayış, genel olarak yerel yönetime ve özellikle belediyelere temelde bir sivil toplum kuruluşu olarak yaklaşmaktadır. İlkeleri, “*özerk-demokratik belediye*”, “*üretici belediye*”, “*tüketiciyi koruyucu ve kaynak yaratıcı belediye*”, “*birlikçi ve bütünlükçü belediye*” olarak sayılan yeni belediyeçilik anlayışı ile birlikte, klasik yerel belediye hizmetlerin yanında, kentlerde giderek artan sorun olarak kendini duyuran konut, çevre, tüketiciyi koruma, toplu taşıma, halk eğitimi-mesleki eğitim, tarihi çevreye-kültürel mirasa sahip çıkma, gençlik ve kültür hizmetleri gibi Türkiye belediyeçiliği için yeni olan alanlar, yerel hizmetler arasında görülmeye başlamıştır (Yıldırım, 1990: 26-28). Toplumcu belediyeçilik özde kapitalist düzeni değiştirmeyi amaçlamayan, yalnızca iyileştirmeyi gündemine alarak belediyeçiliğe, yeni bir biçim vermeyi öngördüğü halde, önerilen ilkelerin farklı yorumlara konu yapılması nedeniyle bir bütün olarak yaşama geçirilememiştir (Keleş, 2009: 31).

1973-1977 yılları arasındaki dönemde, CHP’li belediyelerin ortaya koymuş oldukları belediyecilik uygulamaları, her ne kadar toplumcu belediyecilik olarak adlandırılrsa da, bu dönemde solun etkin ve sosyal içerikli bir belediyecilik programının bulunmadığı iddiasının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu programlar, temelde belediyelerin merkezi idare ile çatışma içinde ve kıt kaynaklara sahip olarak yaptıkları uygulamalar çerçevesinde gelişmiştir (Adıgüzel, 2009: 106). Bu yıllarda belediyelerin yeni hizmet alanlarına girme istekleri gündeme gelmiştir. Örneğin ilk toplu konut projeleri bu dönemde belediyelerce başlatılmıştır. Toplu konut yapımına merkezi yönetim daha sonra sahip çıkmıştır (Tekeli, 1990: 52). Toplu konut girişimlerinin yanı sıra belediyelerin kendi gereksinimleri olan mal ve hizmetleri doğrudan üretmeye başlamaları, asfalt fabrikaları kurmaları, ekmek fabrikası girişimleri ev toplu taşımaya öncelik vermeleri yine 1973-1977 döneminde olmuştur (Adıgüzel, 2009: 107).

Sonuç olarak, CHP’li belediyeler, uygulamalarında tam olarak başarılı olamamaları da, uygulamaların olgunlaştırdığı bir toplumcu belediyecilik anlayışının ortaya çıkmasına katkıda bulunmuşlardır (Adıgüzel, 2009: 107).

12 Eylül 1980 Darbesi sonrasında, her konuda olduğu gibi belediyeler alanında da bir dizi düzenlemeye gidilmiştir. Belediye ve il özel idarelerinin organlarının seçimle işbaşına gelmiş üyelerinin üyeliklerine son verilip, atama ile görevlendirmeler yapılmıştır (Aytaç, 1990: 99). 1984’ün ilk aylarından itibaren çıkarılan bazı kanunlarla Türkiye’de “normal belediye sisteminin” yanında “Büyükşehir Belediyeleri ve İlçe Belediyeleri” sisteminin yer alması kararlaştırılmıştır (Ulusoy ve Akdemir: 2005: 212).

1980’den itibaren tüm dünyada yaşanan dönüşüme paralel olarak kamusal hizmetlerin bizzat kamu tarafından yürütülmesi gerektiği düşüncesinden vazgeçilmiş, ulaşım ve temizlik hizmetleri başta olmak üzere birçok hizmet özel sektör eliyle gerçekleştirilmeye çalışılmıştır (Al, 2007: 369). Çöp toplama ve depolama gibi kimi belediyecilik hizmetleri özelleştirilmeye başlanmış, belediye giderlerinin finansmanında iç borçlanmaya ek olarak dış borçlanmaya yönelinmiş ve ihalecilik yöntemiyle hizmetlerin özel sektörden satın alınmasına başlanmıştır (Doğan, 2007: 70-73).

1990’lı yıllara gelindiğinde Refah Parti’li belediyelerin sosyal belediyecilik söylemini yeniden ele aldıkları, sosyal yardım ve hizmetlere öncelik veren uygulamalarla halkın

desteğini kazandıkları görülmektedir. Bu dönemde de, neo-liberal anlayışa uygun bir şekilde hizmetlerin özel sektörden satın alınması uygulaması devam etmiştir.

1990'lı yıllardan itibaren tartışılan Türk Kamu Yönetimi Reformu, 2005 yılında 1930 tarihli 1580 sayılı Belediye Kanunu'nun yerine 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun<sup>9</sup>, 2004 yılında 1984 tarihli 3030 sayılı Büyükşehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun'un yerine 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun, 2005 yılında 1913 tarihli İl Özel İdaresi Kanunu'nun (İdare-i Umumiye-i Vilayet Kanunu Muvakkatı) yerine ise 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nun çıkarılması ile sonuçlanmıştır.

Bu kanunlarla, yerel yönetimlerin sosyal politika alanındaki görev, sorumluluk ve yetki alanları genişletilmiş, sosyal nitelikli hizmetleri piyasadan satın alabilecekleri açıkça düzenlenmiştir.

#### **1.2.4.2. Türkiye'de Sosyal Belediyeciliğin Hukuki Çerçevesi**

Türkiye'de sosyal belediyeciliğin hukuki çerçevesini çizebilmek için 5393 sayılı Belediye Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nu incelemek gerekmektedir.

##### **1.2.4.2.1. 5393 Sayılı Belediye Kanunu'nda Sosyal Belediyecilik**

5393 sayılı Belediye Kanunu belediyeyi “*belde sakinlerinin mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idarî ve malî özerkliğe sahip kamu tüzel kişisini ifade eder*” (md. 3/a) şeklinde tanımlamaktadır.

Gerek Osmanlı Devleti döneminde uygulanan belediye yönetim modellerinde, gerekse de 1580 sayılı Belediye Kanunu'nda olduğu üzere, 5393 sayılı Belediye Kanunu'nda da belediye yönetimi “belediye meclisi”, “belediye encümeni” ve “belediye başkanı” olmak üzere üç organdan oluşmaktadır (Öner, 2006: 102). Bu organların görevleri yasada detaylı bir şekilde sayılmıştır.

---

<sup>9</sup> Kamu Yönetimi Reformu çerçevesinde Belediye Kanunu 2004 yılında “5212 sayılı Belediye Kanunu” olarak çıkarılmış, fakat şekil yönüyle iptal edildiği için hemen hemen aynı şekilde 2005'te yayınlanan 5393 sayılı Belediye Kanunu'nda vücut bulmuştur.

Belediyenin organlarından en yüksek görüşme ve karar organı olan Belediye Meclisi ile belediyenin karar organlarından ikincisi olup danışma organı niteliği de taşıyan belediye encümeninin görevleri incelendiğinde sosyal politika ve sosyal hizmetlere ilişkin herhangi bir görev tanımlaması yapılmadığı görülmektedir. Fakat bu organlar, karar organı olma niteliği taşıdıkları için özellikle belediye meclislerinin sosyal yardım ve hizmet programlarının planlanmasında ve uygulanmasında önemli rolleri bulunmaktadır. Ayrıca belediye teşkilatının yürütme organı, belediye idaresinin başı ve belediye tüzel kişiliğinin temsilcisi olan belediye başkanının, *belde halkının huzur, esenlik, sağlık ve mutluluğu için gereken önlemleri almak* (md. 40/f) ile *bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanmak ve özürülere yönelik hizmetleri yürütmek ve özürülüler merkezini oluşturmak* (md. 40/g) şeklindeki sosyal politika içerikli görevlerle donatıldığı dikkat çekmektedir.

Nasıl ki Anayasa'nın 65. maddesinde devletin, sosyal ve ekonomik alanlardaki görevlerini mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği hükmü varsa, buna benzer şekilde Belediye Kanunu'nda da belediyelerin hizmetleri yerine getirmek için öncelikle mali durumlarını dikkate alacakları hüküm altına alınmıştır (Öner, 2006: 80).

5393 sayılı Belediye Kanunu, bütünüyle incelendiğinde değişik maddelerde sosyal politika ve sosyal hizmetlerle ilgili görevlere atıflar yapıldığı görülmektedir. Bu görevleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Hemşehrilerin, belediye idaresinin yardımlarından yararlanma hakları vardır. Fakat belediye, yardımları insan onurunu zedelemeyecek koşullarda sunmak zorundadır (md. 13/1).
- Belediye, hemşehriler arasında sosyal ve kültürel ilişkilerin geliştirilmesi ve kültürel değerlerin korunması konusunda gerekli çalışmaları yapmakla görevlidir. Bu çalışmalarda üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının, sendikaların, sivil toplum kuruluşları ve uzman kişilerin katılımını sağlayacak önlemler almak durumundadır (md. 13/3).
- Belediyeler (mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla), sosyal hizmet, sosyal yardım, meslek ve beceri kazandırmaya yönelik faaliyetleri yapmak veya yaptırmakla görevlidirler (md. 14/a).

- Büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000'i geçen belediyeler, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açarlar (md. 14/a).
- Belediyeler (mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla), sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilir ve işletebilirler (md. 14/ b).
- Belediyeler (mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla), gıda bankacılığı yapabilirler (md. 14/b).
- Belediyeler hizmet sunumunda özürü, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulamak durumundadırlar (md. 14).
- İl sınırları içinde büyükşehir belediyeleri, belediye ve mücavir alan sınırları içinde il belediyeleri ile nüfusu 10.000'i geçen belediyeler, meclis kararıyla; sağlık, eğitim, sosyal hizmeti geliştirecek projelere İçişleri Bakanlığının onayı ile ücretsiz veya düşük bir bedelle amacı dışında kullanılmamak kaydıyla arsa tahsis edebilirler (md. 15).
- Belediyeler, dar gelirlili, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile özürülere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar konusunda bütçeye ödenek koyabilir ve harcama yapabilirler (md. 60/i).
- Belediyeler; dar gelirlili kişiler ile afete maruz kalanlara arsa tahsisi yapabilirler (md. 69/3).
- Belediyeler; sağlık, eğitim, çevre, sosyal hizmet ve sosyal yardım hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, özürülere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulamakla görevlidirler (md. 77/1).

#### **1.2.4.2.2. 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nda Sosyal Belediyecilik**

1982 Anayasası'nda "kanun büyük yerleşim merkezleri için özel yönetim biçimleri getirebilir (md. 127/3)" hükmü ile büyükşehir belediyelerinin kurulmasına yönelik dolaylı bir düzenleme yapılmıştır (Tortop ve diğ., 2006: 215; Derdiman, 2005: 69). Buna bağlı olarak 1984 yılında 3030 sayılı Büyükşehir Belediyelerinin Yönetimi

Hakkında Kanun çıkarılmıştır. 3030 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesi ile yeni bir yapılanma ortaya çıkmış ve bu yapılanmayı açıklamak için "normal belediye" ve "büyükşehir belediyesi" kavramları kullanılmaya başlanmıştır.<sup>10</sup>

1984 yılında 3030 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile üç ilde kurulan büyükşehir belediyelerinin sayısı 2000 yılında onaltıya yükselmiştir<sup>11</sup> (Toprak, 2006: 205).

20 yıl boyunca geçerliliğini korumuş olan 1984 tarihli 3030 sayılı Büyükşehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun, Kamu Yönetimi Reformu çerçevesinde 10 Temmuz 2004 tarihinde TBMM'de kabul edilen 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile yürürlükten kaldırılmıştır.

Tıpkı normal belediyeler gibi büyükşehir belediyeleri de "büyükşehir belediye meclisi", "büyükşehir belediye encümeni" ve "büyükşehir belediye başkanı" olmak üzere üç organdan oluşmaktadır.

Büyükşehir belediyesinin karar alma organı olan büyükşehir belediye meclisinin görev ve yetkileri yasada tek bir madde altında yer almamış, bir anlamda kanuna serpiştirilmiş, genel olarak da 5393 sayılı Belediye Yasası'na atıfta bulunulmuştur (Öner, 2006: 327).

Büyükşehir belediyesinin yürütme ve danışma organı olan büyükşehir belediye encümeninin görev ve yetkileri ile ilgili yasada bir düzenleme yapılmamıştır. Bu bağlamda büyükşehir belediye encümeninin, 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun belediye encümeninin görevlerine ilişkin 34. maddesinde sayılan görev ve yetkileri kullanacağını söylemek mümkündür (Öner, 2006: 356). Bu anlamda büyükşehir belediye meclisine ve encümenine sosyal politika ve sosyal hizmetler ile ilgili doğrudan bir görev yüklenmediği görülmekte, ancak bu organların karar organı olma niteliği taşıdıkları için, özellikle büyükşehir belediye meclislerinin sosyal yardım ve hizmet programlarının planlanmasında ve uygulanmasında önemli roller üstlendikleri bilinmektedir.

---

<sup>10</sup> Literatürde 1580 sayılı Belediye Kanunu'na tabi olan belediyeler normal belediye, 3030 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na tabi olan belediyeler ise büyükşehir belediyesi olarak ifade edilmeye başlanmıştır (Öner, 2006: 259).

<sup>11</sup> Şu an Türkiye'de bulunan büyükşehir belediyeleri şunlardır: İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Konya, Gaziantep, Kayseri, Samsun, Diyarbakır, Erzurum, Kocaeli, Eskişehir, Mersin, Antalya, Sakarya.

Büyükşehir belediyesinin başı ve belediye tüzel kişiliğinin temsilcisi olan büyükşehir belediye başkanının görev ve yetkilerinin sayıldığı 18. maddede “bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanmak, özürllülerle ilgili faaliyetlere destek olmak üzere özürllü merkezleri oluşturmak” şeklindeki düzenleme ile büyükşehir belediye başkanına sosyal nitelikli görevlerde sorumluluk yüklemektedir.

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun Ek 1. maddesine dayanılarak hazırlanan 16.08.2006 tarihli Büyükşehir Belediyeleri Özürllü Hizmet Birimleri Yönetmeliği ile özürllülerle ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerini vermek amacıyla büyükşehir belediyelerinde oluşturulmuş özürllü hizmet birimlerine ilişkin düzenlemeleri içermektedir. Yönetmelik Üçüncü Bölüm'de Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin hukuki çerçevesi çatısı altında inceleneceğinden burada ayrıntıya girilmeyecektir.

#### **1.2.4.2.3. 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nda Sosyal Belediyecilik**

04.03.2005 tarihli ve 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'na göre il özel idaresi, *il halkının mahallî müşterek nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak üzere kurulan ve karar organı seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan, idarî ve malî özerkliğe sahip kamu tüzel kişisini* (md. 3/a) ifade etmektedir.

İl Özel İdarelerinin görevleri, il sınırları içindeki görevleri ve belediye sınırları dışındaki görevleri olmak üzere ikili bir ayırımı tabi tutulmaktadır. Buna göre il özel idareleri mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla (md. 6),

- a) **İl sınırları içinde:** sağlık, tarım, sanayi ve ticaret; ilin çevre düzeni plânı, bayındırlık ve iskân, toprağın korunması, erozyonun önlenmesi, sosyal hizmet ve yardımlar, yoksullara mikro kredi verilmesi, çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları; ilk ve orta öğretim kurumlarının arsa temini, binalarının yapım, bakım ve onarımı ile diğer ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetler ile
- b) **Belediye sınırları dışında:** imar, yol, su, kanalizasyon, katı atık, çevre, acil yardım ve kurtarma, kültür, turizm, gençlik ve spor; orman köylerinin desteklenmesi, ağaçlandırma, park ve bahçe tesisine ilişkin hizmetleri yapmakla görevli ve yetkili kılınmıştır.



Yasada, belediyelere olduğu gibi il özel idarelerine de sosyal hizmetler ve yardımlara ilişkin görevler verildiği görölmektedir. Ayrıca “*dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizlere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar*” (md. 43/h) il özel idaresinin giderleri arasında sayılmış ve “*bütçede yoksul ve muhtaçlar için ayrılan ödeneği kullanma*” (md. 30/n) yetkisi de valiye verilmiştir.

Belediyelerin sosyal nitelikli görevlerinden farklı olarak il özel idareleri, il sınırları içinde sosyal hizmet ve sosyal yardımlar yapma görevine ek olarak yoksullara mikro kredi verilmesi yönünde farklı ve yeni bir görevle donatılmış bulunmaktadır. Eryılmaz’a göre (2007: 82), özellikle meslek ve beceri kazandırma programları ile mikro kredi yöntemi, eğer iyi uygulanırlarsa, yoksullukla mücadele, istihdamı geliştirme ve yerel kalkınma açısından önemli açılımlar sağlayabilme potansiyeline sahip bulunmaktadır.

#### **1.2.4.3. Türkiye’de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

Belediyelerce sunulan sosyal yardım ve hizmetlerin çeşitleri, yoğunluğu, kalite ve etkinliği belediyelerin büyüklüklerine, sahip oldukları kaynak ve nitelikli personel durumuna, hizmet sunulan toplumun gelişmişlik düzeyine, yapı ve özelliklerine göre değişmekle birlikte, belediyeler, kendi sınırları içerisinde yaşayan birey, aile ve toplulukların<sup>12</sup> üç ayrı kaynaktan gelen sorunlarıyla yakından ilgilenmek durumundadırlar (Ateş, 2009: 92, 93):

- Temelde toplumsal sistemin işleyişinden ve yapısından kaynaklanan ve özellikle büyük şehirlerde acil müdahaleyi gerektirecek boyutlara ulaşan yoksulluk, işsizlik, dilencilik, suçluluk ve benzeri sorunlar
- Belediyelerin kendi hizmet alanları içinde meydana gelen afetlerden dolayı zarar gören birey ve ailelerin karşılaştıkları sorunlar,
- İnsanın doğasından gelen ve çevresel koşulların da etkisiyle somutlaşan çocuk, yaşlı ve engellilerin karşılaştıkları sorunlar.

---

<sup>12</sup> 5393 sayılı Belediye Kanunu’na göre “hemşehriler” (md. 13).

#### 1.2.4.3.1. Yoksullara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları

Ekonomik açıdan geçmiş zamanlara göre daha zengin bir dönem yaşanan dünyada, bazı kesimlerin her geçen gün artarak ve derinleşerek ilerleyen bir yoksulluk içinde olduğu gözlenmektedir. Maddi nitelikteki yoksunluklar sebebiyle kaynaklara ve üretim faktörlerine erişemeyerek, asgari yaşam düzeyini sürdürebilecek gelire sahip olamama (Aktan, 2002: 1043) durumunu ifade eden yoksulluk, ekonomik olduğu kadar sosyal ve kültürel gereksinimlerden mahrumiyeti de kapsamaktadır. Günümüz dünyasında önemli bir sorun haline gelen kentsel yoksulluk ise en yalın haliyle, kent özelinde yaşanan yoksulluğu ifade etmektedir ve ekonomik yetersizliklerin, yaşanan politik istikrarsızlıkların yanı sıra eğitim, sağlık, barınma, güvenlik ve sosyal olanaklardan yararlanabilme gibi temel ihtiyaçların karşılanamaması durumundan beslenmektedir (Es, 2007: 25).

Türkiye’de 1950’den günümüze kadar olan dönemde, kentsel yoksulluk gecekondularla toplumla örtüşmektedir. Oysaki konut, bireyin insanca yaşaması için temel haklardan ve 1982 Anayasası’nın 57. maddesinde “*devlet, şehirlerin özelliklerini ve çevre şartlarını gözeterek bir planlama çerçevesinde, konut ihtiyacını karşılayacak tedbirleri alır, ayrıca toplu konut teşebbüslerini destekler*” şeklinde düzenlenmiştir. 5393 sayılı Belediye Kanunu da, 14. maddesinde konut yapmak ve yaptırmayı belediyenin görevleri arasında saymıştır. Ayrıca arsa ve konut üretimini düzenlediği 69. maddesinde, belediyenin; düzenli kentleşmeyi sağlamak, beldenin konut, ... ihtiyacını karşılamak amacıyla, ... konut, toplu konut yapma, satma, kiralama ve bu amaçlarla arazi satın alma yetkisine sahip olduğu belirtilmektedir.

Kamalak ve diğ. (2009: 39), yerel düzeyde, ulusal düzeye ek olarak konut politikaları ile toplumsal adalet ilkesinin hayata geçirilebileceğine dikkat çekmektedirler. Bu bağlamda yerel yönetimler ucuz konut üretimi başta olmak üzere, yoksullara yönelik düşük kira uygulaması ile hem yoksulların daha sağlıklı konutlarda yaşamalarına, hem de bir anlamda gelir transferinin gerçekleşmesine katkı sağlayabilirler. Ayrıca yerel yönetimler konut politikaları ile kiraların yükselmesini sınırlandırabilecekleri gibi, konut sektörünün rant sağlama aracı olmaktan çıkarılmasına da katkıda bulunabilirler.

Konut sorununun en çarpıcı boyutlarda yaşandığı aşama, evsizliktir. Tüm dünyada evsizlerin sayısı hızla artmakta, ülkemizde de özellikle büyük kentlerimizde yaşanan bir sorun olarak görmezden gelinemeyecek boyutlara erişmektedir. Belediyeler evsizler karşısında sorumsuz ya da geçici değil, duyarlı, sorumlu, kalıcı ve çağdaş bir çözüm üretmelidirler (Karataş, 2001: 220).

Kentlerde yoksulluk sorunuyla yakından ilgili olarak ortaya çıkan bir başka sorun da dilenciliktir. Son yıllarda dilencilik sorunu sayısal olarak da giderek önemini arttırmaktadır. Belediyelerin dilencilerle ilgili çalışmaları çoğunlukla görmezden gelmek, kentin merkezi yerlerinde uzaklaştırmak ya da bu kişilerin zabıta aracılığıyla toplanıp, belirli bir para cezası uygulandıktan sonra serbest bırakılması şeklindedir. Dilencilere yönelik hizmetlerde, bu insanları dilencilğe iten nedenlerin araştırılıp yeniden topluma kazandırılmaları yönünde bilimsel temelleri olan çağdaş yaklaşımlar geliştirilmelidir. Çalışabilecek yaş ve güçte olanların uygun işlerde istihdam edilmeleri, buna karşılık çalışamayacak durumda olan çocuk, engelli ve yaşlıların ise bakımı, korunması ve ıslahına yönelik önlemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu kişiler, eğer varsa, yaşadıkları aile ortamıyla beraber değerlendirilmeli ve müdahale tüm aileye yönelik olmalıdır (Karataş, 2001: 221, 222).

Bir yanda tüm bu önemli sosyal sorunlar yaşanırken, Türkiye’de belediyelerin yoksul ve kimsesizlere yönelik en çok sundukları hizmetlerden birini aşevi hizmetleri oluşturmaktadır. Belediyeler aşevlerinde günlük yemek çıkarmaktadırlar. Ayrıca belediyeler, gezici aşevi faaliyetlerinde de bulunmaktadır. Bunun dışında belediyeler, yoksul, muhtaç ve kimsesizlere gıda, temizlik maddesi, yakacak ve ekmek gibi sosyal yardımlar yapmakta, toplu nikâh ve toplu sünnet törenleri düzenlemekte (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 251), genel sağlık taramaları ve evde bakım hizmetleri sunmaktadırlar.

Ayrıca belediyeler 4190 sayılı yasa gereği, vatani görevini yapan askerlerin maddi durumu kötü olan ailelerine sosyal yardım ve destekle yükümlüdürler. Kanuna göre askerliğini yapan kişinin geçimini sağladığı ve hiçbir geliri olmayan anne ve babası, karısı ve çocukları ile kız ve erkek kardeşlerine belediyeler askerlik süresiyle sınırlı sosyal yardımlar yapmak durumundadırlar.

Aynı ve nakdi sosyal yardımlar yapılırken, muhtaçlığın bilimsel ve mesleki temeller çerçevesinde saptanması gerekmektedir. Bu nedenle ekonomik ve toplumsal ölçütler çerçevesinde muhtaçlık belirlenirken birey ve ailesinin özelliklerinin de dikkate alınmalı ve yardım alan bireyi küçültücü, onurunu zedeleyici davranışlardan kaçınılmalıdır (Karataş, 2001: 222). Nitekim 5393 sayılı Belediye Kanunu, hemşehri hukukunu düzenlediği 13. maddesinde; herkesin ikamet ettiği beldenin hemşehrisi olduğundan yola çıkarak, hemşehrilerin belediye idaresinin yardımlarından yararlanma hakları olduğuna, fakat yardımların insan onurunu zedelemeyecek koşullarda sunulmasının zorunlu olduğuna dikkat çekmektedir.

Sosyal yardımlarda temel amaç, yalnızca bireyin ya da ailenin yaşamını sürdürmesi açısından acil olan yardımı yapmak değil, uzun dönemde bireyi/aileyi kendi kendine yetebilecek hale getirmek olmalıdır. Bu amaçla sosyal yardımların koruyucu, önleyici ve geliştirici sosyal hizmetlerle birlikte ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir (Karataş, 2001: 222). Aksi takdirde yapılan sosyal belediyecilik değil, sosyal yardım belediyeciliğinden öteye gitmeyecektir.

İl özel idareleri de dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizlere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlardan sorumlu tutulmuşlardır. Ayrıca yeni bir uygulama alanı olarak kendi işlerini kurabilmeleri amacıyla yoksullara mikro kredi verilmesi görevi il özel idarelerinin görevleri arasında sayılmıştır.

İnsani yönü tartışılabilir olmakla birlikte, 5393 sayılı Belediye Kanunu, belediyenin görevlerini saydığı 14. maddesinin (b) bendinde belediyelerin gıda bankacılığı yapabileceğini hükme bağlamıştır. Gıda bankacılığı (food banking), üretici, satıcı veya hizmet sunanların elinde bulunan ancak son kullanma tarihinin yaklaşması, paketleme hatası, üretim, ihracat veya ihtiyaç fazlası olması gibi nedenlerle değerini kaybeden ve çöpe gitme ihtimali bulunan malların ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasını amaçlayan ilk kez 1967 yılında ABD’de de başlayan bir sistemdir. Gıda bankacılığı terimindeki “gıda” kelimesi sebebi ile sadece yiyecek maddelerini kapsadığı gibi bir izlenim çıkmakta ise de aslında gıda bankacılığı, giyecek, yakacak ve temizlik maddelerini de kapsamaktadır. Ülkemizde Gelir Vergisi Kanunu’na eklenen bir madde ile 01.01.2005’ten itibaren gıda bankalarına bağışlanan gıda, giyim, temizlik ve yakacak maddelerinin maliyet

bedellerinin gelir vergisi matrahından düşülmesine veya yıllık gelir vergisi beyannamesi üzerinde indirim konusu yapılmasına imkân tanınmıştır (Kar, 2007: 28).

#### **1.2.4.3.2. Afetzedelere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

Afet durumlarında, afet bölgesinde yaşayan herkes bu felaketten etkilendiği için sosyal yardıma muhtaç kesim genişlemekte, sosyal yardımlar zengin, fakir, çocuk, yaşlı ayırt etmeden herkese verilmektedir. Kriz durumlarında belediyeler, afete uğramış kesimlere yönelik yiyecek, giyecek, ısınma, geçici barınma, gezici aşevi, gezici ekmek yapım aracı gibi sosyal yardım faaliyetlerinin yanı sıra, iş makinesi, kurtarma timleri gibi teknik destek faaliyetlerini de verebilmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 251).

5393 sayılı Belediye Kanunu “Acil durum plânlaması” başlığını taşıyan 53. maddesinde, *belediyelerin; yangın, sanayi kazaları, deprem ve diğer doğal afetlerden korunmak veya bunların zararlarını azaltmak amacıyla beldenin özelliklerini de dikkate alarak, varsa il ölçeğindeki diğer acil durum plânlarıyla da koordinasyon sağlayarak ve ilgili bakanlık, kamu kuruluşları, meslek teşekkülleriyle üniversitelerin ve diğer mahallî idarelerin görüşleri alınarak, gerekli afet ve acil durum plânlarını yapacağını, ekip ve donanımı hazırlayacağını, plânlar doğrultusunda ilgili kurumlarla işbirliği yaparak halkın eğitimi için gerekli önlemleri alacağını, belediye sınırları dışında yangın ve doğal afetler meydana gelmesi durumunda, bu bölgelere gerekli yardım ve destek sağlayabileceği* hükme bağlanmıştır.

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ise 7. maddesinde büyükşehir belediyelerine, İl düzeyinde yapılan plânlara uygun olarak, doğal afetlerle ilgili plânlamaları ve diğer hazırlıkları büyükşehir ölçeğinde yapmak; gerektiğinde diğer afet bölgelerine araç, gereç ve malzeme desteği vermek; itfaiye ve acil yardım hizmetlerini yürütmek; patlayıcı ve yanıcı madde üretim ve depolama yerlerini tespit etmek, konut, işyeri, eğlence yeri, fabrika ve sanayi kuruluşları ile kamu kuruluşlarını yangına ve diğer afetlere karşı alınacak önlemler yönünden denetlemek, bu konuda mevzuatın gerektirdiği izin ve ruhsatları vermek (md. 7/u) ve afet riski taşıyan veya can ve mal güvenliği açısından tehlike oluşturan binaları insandan tahliye etmek ve yıkmak (md. 7/z) görevlerini vermiştir.

#### 1.2.4.3.3. İşsizlere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları

Belediyelerin sosyal hizmet faaliyetleri arasında yaygın eğitim önemli bir yer tutmaktadır. Yaygın eğitimin amacı, toplumun her kesimini ömür boyu sürecek bir öğrenme sürecine sokmaktır. Bu faaliyetler içinde okuma-yazma kursları, çocuk bakımı ve eğitimi kursları, çıraklık eğitimi kursları, madde bağımlılığında korunma eğitim programları, beceri kazandırma kursları, trafik kazalarında ilk yardım kursları gibi kurslar yer almaktadır (Yener, 1998: 24).

Alpaydın (2007: 65), merkezi yönetimin yeterli hizmet sunumu yapamadığı yetişkin eğitimi alanlarında, sorumluluğu yerel yönetimlerin üstlenmeye başladıklarını, bu bağlamda yerel yönetimlerin eğitim, kültür ve sosyal yardım hizmetlerine ayırdıkları bütçelerde bir artış gözlendiğini, büyükşehir belediyeleri ile ilçe belediyelerinin meslek ve beceri kazandırmaya yönelik kurslarının her geçen yıl yaygınlaştığını ifade etmektedir.

Bir meslek-sanat edindirme ve el beceri kursları özellikle büyükşehir belediyelerinde daha yaygın olarak düzenlenmektedir. Ülkemizde, Ankara'da BEL-MEK ve teknik eğitim veren BEL-TEK, İstanbul'da İSMEK, Bursa'da BUSMEK, İzmir'de İZMEB, Kayseri'de KAYMEK, Antalya'da ASMEK, Kocaeli'nde KO-MEK, Gaziantep'te GAMEK bu kurslara örnek olarak verilebilmektedir. Bu kurslar, istihdama yönelik mesleki eğitim verdikleri gibi, sosyalleşme ve uyum gibi fonksiyonlar da üstlenmekte, ayrıca el beceri ve sanatlarının gelişmesine de katkıda bulunmaktadırlar. Özellikle kadınların rağbet ettiği el beceri kurslarında yapılan el emekleri, belediyelerin satış merkezlerinde satılarak ev ekonomisine katkıda bulunmaktadırlar.

Belediyelerin sosyal amaçlar taşıyan eğitim faaliyetleri içinde yabancı dil, bilgisayar, sağlık, müzik ve spor eğitimleri gibi hizmetleri de halka yönelik olarak verilmektedir. Ayrıca kırsal bölgelerdeki belediyeler, çiftçilik ve hayvancılık yapan halka organik tarım, arıcılık vb. kurslar vermektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 248).

Görüldüğü gibi belediyelerin işsizlere yönelik faaliyetlerinin çoğunu meslek ve beceri edindirme kursları oluşturmaktadır. Belediyeler, düzenledikleri bu kurslar aracılığıyla işsizlerin bir meslek ya da sanat öğrenmelerini sağlayarak iş piyasasında iş bulmalarını kolaylaştırma ve böylece istihdama katkıda bulunma amacı gütmektedirler. Nitekim

gerek 5393 sayılı Belediye Kanunu (md. 14/a) gerekse de 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu (md. 7) “meslek ve beceri kazandırma hizmetlerini yapma veya yaptırma”yı belediyenin/büyükşehir belediyesinin görevleri arasında saymıştır.

#### **1.2.4.3.4. Kadınlara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

1982 Anayasası 41. maddesinde sosyal devletin bir gereği olarak kadın ve ailenin korunmasını öngörmüştür. Büyükşehir belediyelerinde Kadın ve Aile Şube Müdürlükleri bu hizmetleri yürütmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 249).

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, “... kadınlara,... yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak (md. 7/v)” şeklindeki hükmü ile kadınlara yönelik sosyal nitelikli hizmetleri büyükşehir belediyesinin görevleri arasında saymıştır.

Kadınların toplumdaki yerini güçlendirmek için belediyeler çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır. Örneğin, İstanbul Büyükşehir Belediyesi kadınlar için Kadın Koordinasyon Merkezini kurmuştur. Kadın Koordinasyon Merkezi, kadın ve ailelerin şehir yaşamında karşılaştıkları ekonomik, sosyal, kültürel ve uyum sorunlarına çözüm bulmak amacıyla projeler üretip hayata geçirmektedir. Kadınlar için ihtiyaç duydukları çeşitli alanlarda kurs ve eğitim seminerleri düzenlenmektedir. Okullarını maddi imkânsızlıklar nedeniyle sürdüremeyecek durumda olan genç kızlara ve çocuklara eğitimden kopmamalarını sağlayıcı yardımlarda bulunmaktadır. Topbaş (2007: 103) ayrıca İSMEK (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sanat ve Meslek Eğitimi Kursları) çatısı altında yürütülen faaliyetlerden ağırlıklı olarak kadınların faydalandığını belirtmektedir. Nitekim Alpaydın (2007: 66), İSMEK üzerine yaptığı çalışmasında, katılımcıların % 84,17’sinin kadın olduğunu belirtmekte, bunun nedenini de, kursiyerlerin genellikle ev hanımı veya işsiz genç kadınlardan oluşmasına ve bu kişilerin bir ölçüde daha esnek zamana sahip olmalarına dayandırmaktadır. Alpaydın (2007: 67), ayrıca İSMEK’te en çok rağbet edilen kursların İngilizce, el sanatları ve bilgisayar kursları olduğunu belirtmektedir. Kadınlara rağbet ettiği el beceri ve sanatları kurslarında yapılan el

emekleri, belediyelerin satış merkezlerinde satılarak ev ekonomisine katkıda bulunmaktadır (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 248).

5393 sayılı Belediye Kanunu, belediyenin görevlerini saydığı 14. maddesinin (a) bendinde, büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000'i geçen belediyelerin, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açacağını hükme bağlamıştır. Kadın Sığınma Evlerinde, planlanan amaçlar doğrultusunda, korunmaya muhtaç, kimsesiz dul kadınların çocukları ile birlikte güvenli bir yaşam sürmeleri amaçlanmaktadır Pekküçükşen, 2004: 460).

Günümüzde kadının çalışma hayatına artan oranda katılmasıyla beraber, ailenin en temel işlevlerinden biri olan çocuk bakma ve yetiştirme işlevinin kurumlarla paylaşılması gereği gündeme gelmektedir. Bu durumda ortaya çıkan ihtiyacın karşılanamaması aileyi oldukça güç durumda bırakmaktadır. Örgütlü kurumsal sosyal hizmetlerin yetersizliği karşısında üretilen ara çözümler de (bakıcı tutma, ailenin yaşlı bireylerinden yararlanma gibi) kendi içinde yeni sorunlar taşımaktadır. Karataş (2001: 226), bu bağlamda belediyelerin çalışan kadınların yoğun yaşadığı bölgelerde öncelikli olmak üzere, kreş ve gündüz bakım hizmetlerini geliştirmeleri gereğinin önemine vurgu yapmaktadır.

Doğan (2004: 623), kadınlar üzerinde yapılan araştırmaların anne ve anne adaylarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koyduğuna dikkat çekmektedir. Bunun için de kadınların hemen her semtte rahatlıkla başvurabilecekleri, eğitim ve danışma hizmeti alabilecekleri üniteler oluşturulmasını önermektedir.

5393 sayılı Belediye Kanunu'nun, "belediye hizmetlerine gönüllü katılım" başlıklı 77. maddesinde, belediyenin; sağlık, eğitim, spor, çevre, sosyal hizmet ve yardım, kütüphane, park, trafik ve kültür hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, özürllülere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulayacağı da hükme bağlanmıştır. Aynı sorumluluk 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu (md. 65) uyarınca il özel idarelerine de verilmiştir. Doğan (2004: 623, 624), bu bağlamda ev kadınlarının, sosyal hizmetler için çok uygun gönüllü adaylar olduklarını, pek çok sosyal hizmet çalışmasında, gönüllü



kadınlardan yararlanılması mümkün olmakla birlikte, bu olanaktan Türkiye’de fazla faydalanılmadığının altını çizerek, Türkiye’de yerel yönetimlerin, bu konuda organizatör rolünü üstlenebileceklerini ifade etmektedir.

#### **1.2.4.3.5. Çocuklara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

1982 Anayasası, sosyal devlet ilkesinin bir uzantısı olarak, devletin korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alacağını (md. 61/III) ve bu amaçla gerekli teşkilat ve tesisleri kuracağını veya kurduracağını (md. 61/IV) hüküm altına almıştır.

5393 sayılı Belediye Kanunu da, belediyenin görevlerini saydığı 14. maddesinin (a) bendinde, büyükşehir belediyeleri ile nüfusu 50.000’i geçen belediyelerin, kadınlar ve çocuklar için koruma evleri açacağını hükme bağlamıştır.

Korunmaya muhtaç çocuk sorunu, çok yönlü nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta ve dolayısıyla çözümü de çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Korunmaya muhtaç olarak nitelenen çocuklar; anne ve/veya babası olmayan ya da onlar tarafından bakılmayan çocuklardan evden kaçan çocuklara, fuhuş, uyuşturucu ve dilencilik gibi kötü eylemlere sürüklenen çocuklardan küçük yaşta sağlıksız bir çalışma ortamına itilen çocuk işçilere kadar geniş bir yelpaze içinde yer almaktadırlar. Belediyelerin bu alandaki işlevleri, bu tür çocukların saptanması, korunması ve yetiştirilmesi süreciyle ilintili olarak ortaya çıkmaktadır (Karataş, 2001: 225).

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu da 7. maddesinin (v) bendinde “... çocuklara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütme, geliştirme ve bu amaçla sosyal tesisler kurma, ... bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapma”yı büyükşehir belediyesinin görevleri arasında saymıştır.

Kentsel yerleşmelerde, özellikle metropol kentlerde, evden kaçan ya da ailenin ilgisizliği yüzünden günün her saatini sokakta geçiren, ailenin yanı sıra kamunun da yeterince ilgi göstermediği sokak çocukları, her an suç işlemeye ve diğer sapma davranışlara yönelme tehlikesiyle karşı karşıyadırlar. Belediyelerin bu tür çocuklara sahip çıkması ve öncelikle suç işleme ve sapma davranışlarda bulunmalarını engellemek

açısından, önlemler geliştirmeleri gerekmektedir. Her kentsel yerleşim alanında bu tür çocukların yaşadıkları bölgelere bilinmektedir. Bu çocukların eğitimi ve yetişmesiyle ilgili hizmetlerin planlanması ve yürütülmesinde merkezi yönetimle birlikte belediyelerin de işlevsel roller üstlenmeleri gerekmektedir (Karataş, 2001: 223).

Doğan (2004: 623), kimsesiz ve sokakta yaşayan çocukların topluma kazandırılmasının güç ve kalifiye personel gerektiren bir iş olduğuna dikkat çekmekte ve kimsesiz çocukların belirli bir yaşa kadar eğitimlerinin ve barınma ihtiyaçlarının karşılanması, bir yaştan sonra da mesleki gelecekleri için hazırlanmaları amacıyla çok fonksiyonlu rehabilitasyon merkezlerine ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Bu çerçevede, yerel yönetimlerin, bölgenin ihtiyacına uygun sayıda ve nitelikte merkezler hayata geçirmeleri gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Eryılmaz (2007b: 82), kimsesiz çocuklara yönelik sosyal hizmetlerin yürütülmesinin tümüyle yerel yönetimlere bırakılması gerektiğini savunmakta, kimsesiz, bakıma muhtaç çocukların kaldığı yuvalarda yaşanan ve devamlı kamuoyunun gündemini meşgul eden sorunların, bu alandaki merkezi yönetim örgütlenmesinin başarılı olmadığını gösterdiğine ve mevcut örgütlenme yöntemiyle bu sorunların çözülemeyeceğinin artık anlaşıldığına dikkat çekerek, aynı kaynaklarla yerel yönetimlerin daha başarılı olacağını düşündüğünü ifade etmektedir.

Çocuk sorunu çerçevesinde belediyeler, çeşitli dernek ve kuruluşlarla işbirliği yaparak çalışan çocuklara yönelik önlemler almakta, sokak çocukları merkezleri, madde bağımlısı çocuklara yönelik rehabilitasyon merkezleri kurmakta, istismara uğramış çocuklar için hukuki ve psikolojik yardım merkezleri tesis etmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 250).

5393 sayılı Belediye Kanunu, belediyenin görevlerini saydığı 14. maddesinin (b) bendinde ise belediyelerin okul öncesi eğitim kurumları açabileceğini; devlete ait her derecedeki okul binalarının inşaatı ile bakım ve onarımını yapabileceğini veya yaptırabileceğini, her türlü araç, gereç ve malzeme ihtiyaçlarını karşılayabileceğini belirtmiştir. 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu da, il özel idaresinin görevlerini saydığı 6. maddesinin (a) bendinde il özel idarelerini il sınırları içinde çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları, ilk ve orta öğretim kurumlarının arsa temini, binalarının yapım,

bakım ve onarımı ile diğer ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetleri yürütmekle yükümlü tutmuştur.

Kamalak vd. (2009: 40), yerel yönetimlerin eğitimde başarı için zorunluluk haline gelen okul öncesi eğitimi, orta ve alt gelir gruplarının da zorlanmadan faydalanabilecekleri bir fiyatlandırma ile sunması gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Belediyeler çocuklara yönelik olarak, kreş, çocuk yuvası, çocuk kulüpleri, kimsesiz çocuklar için yuvalar, parklar, çocuk bahçeleri, oyun alanları, trafik ve eğitim alanları gibi hizmetler de vermektedirler. Ayrıca belediyeler başarılı öğrencileri yaz okulları ve kırtasiye hediyeleri ile ödüllendirebilmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 250).

Belediyelerin çocuklara yönelik bir başka hizmeti de çocuk meclisleridir. Çocuklar, katılımı, tartışmayı, kentine sahip çıkmayı ve çevresel sorunlara ilgi duymayı bu meclislerde öğrenmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 250).

#### **1.2.4.3.6. Gençlere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

1982 Anayasası'nın 58. maddesinde, devletin gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alacağı hükme bağlanmıştır.

5393 sayılı Belediye Kanunu da, gençlik ve spor hizmetlerine önem vermiş, belediyenin görevlerini saydığı 14. maddesinin (a) bendinde belediyeleri gençlik ve spor hizmetlerini yapma ve yaptırma konusunda yükümlü tutmuştur. 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'na göre; belediye sınırları dışında kültür, turizm, gençlik ve spor hizmetlerini yürütme konusunda il özel idareleri görevli ve yetkili kılınmıştır (md. 6/b).

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu da, "*... gençlere ... yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak (md. 7/v)*" şeklindeki hükmü ile gençlere yönelik hizmetleri büyükşehir belediyesinin görevleri arasında saymıştır.

Sosyal belediyecilik bağlamında belediyeler gençlere yönelik olarak, kötü alışkanlıklar ve madde bağımlılığının önlenmesine yönelik hizmetler, meslek edindirme yardımları, eğitim yardımları, iş edindirme çalışmaları, gençlik merkezleri kurulması, eğlence ve spor alanları yapılması ve çeşitli sosyal-kültürel faaliyetler gerçekleştirmektedirler (Ateş, 2009: 93).

Sosyal belediyeciğin gereği olarak, gençlere yönelik sosyal ve kültürel faaliyetler, onların kentle ve toplumla bütünleşmeleri açısından önem taşımaktadır. 15-25 yaş arası ve risk altındaki gençleri iş sahibi yapmayı ve topluma kazandırmayı amaçlayan, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin İstanbul Gençlik Rehabilitasyon ve Meslek Edindirme Merkezi (İSMEM) bu açıdan önem taşıyan bir girişim olarak gösterilmektedir (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 250).

Belediyeler, tüm gençlere yönelik sosyo-kültürel ihtiyaçların karşılandığı gençlik merkezi, gençlik evi gibi mekanlarda eğitici seminer, panel ve sempozyumlar düzenlemekte, spor, müzik, tiyatro, diksiyon, psikolojik destek, iyileştirme ve danışmanlık gibi birçok faaliyetleri de yerine getirmektedirler. Ayrıca belediyelerin gençlere yönelik faaliyetleri arasında; eğitim bursları, üniversite yurtları, sosyal tesisler, spor okulları, paso uygulaması, sabahları üniversite öğrencilerine ücretsiz çorba dağıtımı, ücretsiz çamaşır yıkama yerleri, gençliğin suça yönelmesini önlemek üzere kurulan rehberlik merkezleri de yer almaktadır (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 250).

Belediyeler, gençliğin kent sorunlarıyla yakından ilgilenmesi için gençlik merkezleri ve konseyleri oluşturmaktadırlar. Kent sorunlarına aktif katılımı teşvik eden bu meclisler, gençlerin yakından tanıdıkları yörelerine dayanışmacı ve ortak çözümler sunma imkânı sağlamaktadır (Köyağasıoğlu, 1998: 127).

Belediyeler, gençlere ve çocuklara tiyatro, müzik ve sinema eğitimi verebilmekte, belli merkezlerde bulunan kütüphanelere ulaşamayanların yararlanması için mahallelerde halk kütüphaneleri açabilmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 252).

#### **1.2.4.3.7. Özürlülere Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

1982 Anayasası'nda, sosyal devlet ilkesinin bir uzantısı olarak devletin, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alacağı (md. 61/I) ve

bu amaçla gerekli teşkilat ve tesisleri kuracağı veya kurduracağı (md. 61/IV) hüküm altına alınmıştır (md. 61/I).

Türkiye özürlü dostu sosyal politikalarını Batı Dünyası'na göre 20-30 yıl gecikmeli olarak başlatabilmiştir. Seyyar (2008a: 81), 1976'da çıkarılan 2022 sayılı Kanun'un işsiz özürülleri ve 65 yaş üzerindeki yaşlıları belli bir gelire kavuşturmakla birlikte, bu gelirin kişinin ihtiyaçlarını karşılamaktan hayli uzak olduğunu belirterek, Türkiye'nin milli özürüllü politikalarını belirlemek üzere 1997 yılında Başbakanlığa bağlı Özürüllü İdaresi Başkanlığı'nın kurulmasını bu alanda atılan en önemli adım olarak değerlendirmektedir. Daha sonra 1999 yılında Türkiye'de ilk kez gerçekleştirilen I. Özürüllü Şurası'nın temel kararları arasında Özürüllü Kanunu'nun çıkarılması yer almıştır. 2005 yılında düzenlenen II. Özürüllü Şurası ise "Özürüllü ve Yerel Yönetimler" ana temasıyla Özürüllü Kanunu'nun çıkarılmasını hızlandırdığı gibi, merkezi ve yerel yönetimlerin özürlü dostu sosyal politikalarının temel esaslarının belirlenmesine de yardımcı olmuştur.

2005 yılında çıkarılan 5378 sayılı Özürüllü Kanunu, Seyyar'a göre (2008a: 81), özürüllülerle ilgili yılların birikmiş sorunlarının doğru şekilde çözümlenmesine önemli derecede katkı sağlamaya yarayan unsurlara sahiptir. Özürüllü Kanunu, özürüllü konusunu ilk kez sosyal politika kapsamında değerlendirmiş, böylece önemli bir paradigma değişimine yol açmıştır. Bu paradigma değişimi, kanuni düzenlemeleriyle genel olarak sosyal model anlayışına dayanan Avrupa Birliği'nin özürüllü politikalarına benzemektedir. Bu kanun sayesinde Türkiye'de, özürüllü bireysel biyolojik bozukluklar kapsamında ele alan medikal model yerine, hukuki fiziki, mesleki ve sosyo-kültürel engelleri ortadan kaldırmayı amaçlayan sosyal model önem kazanmaya başlamıştır.

16.08.2006 tarihinde büyükşehir belediyelerinin özürlü hizmet birimleri kurmaları ile ilgili esasları düzenleyen Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Bu birimler çerçevesinde büyükşehir belediyelerine özürüllüye yönelik katılımcı demokrasi, aile, eğitim, sağlık, bakım, bilgilendirme ve bilinçlendirme, istihdam, ulaşım, çevre düzenlemeleri, sosyal, kültürel ve sportif

faaliyetler gibi alanlarda önemli görevler verilmiştir.<sup>13</sup> Başaran (2007: 52), yakın geçmişte bazı belediyelerde özürlü hizmet birimlerinin örneklerinin kurulmuş olduğunu, ancak bu teşebbüslerin yasal zorunluluktan öte sosyal sorumluluk ve gönüllülük esasına göre oluşturulduklarını belirtmektedir. Bu bağlamda Doğan (2004: 623), özürllülere yönelik hizmetlerin mimari düzenlemeleriyle, tıbbi rehabilitasyonu, sosyal rehabilitasyonu, hukuki düzenlemeler, ekipman ve alt yapı boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınması gereken bir konu olduğuna ve bu hizmetlerin tamamının da yerel yönetimlerin hizmet alanı içerisinde yer aldığına dikkat çekmektedir.

Ayrıca Belediye Kanunu 76. maddesinde düzenlediği “kent konseyleri” ile özürllüler tarafından oluşturulan dernek ve vakıfların da katılabileceği bir mekanizma oluşturmuştur. Bu mekanizma ile katılımcılık ve paylaşımcılık ilkeleri çerçevesinde özürllülerin kendilerini ilgilendiren konularda, il genel meclisi, belediye meclisi ve kent konseylerinde düşünce ve görüşlerini açıklayarak kendilerini ifade etme yolu açılmıştır (Başaran, 2007: 52).

#### **1.2.4.3.8. Yaşlılara Yönelik Sosyal Belediyecilik Uygulamaları**

1982 Anayasası’nda, sosyal devlet ilkesinin bir uzantısı olarak yaşlıların devletçe korunacağı, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer hakların ve kolaylıkların kanunla düzenleneceği (md. 61/II) ve bu amaçla devletin gerekli teşkilat ve tesisleri kuracağı veya kurduracağı (md. 61/IV) hüküm altına alınmıştır.

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, “sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri ile ... yaşlılara, ... yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işlettirmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksek okullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak (md. 7/v)” şeklindeki hükmü ile yaşlılara yönelik hizmetleri büyükşehir belediyesinin görevleri arasında saymıştır.

Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde; nüfus yapısında meydana gelen değişiklikler (nüfusun hızla yaşlanması), geleneksel aile yapısının yerini çekirdek aile yapısına

---

<sup>13</sup> Büyükşehir Belediyeleri Özürllü Hizmet Birimleri Yönetmeliği, üçüncü bölümde, Türkiye’de evde bakım hizmetleri çatısı altında detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

bırakması, kadının çalışma hayatına katılması, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması, sosyal güvenlik sistemlerinin gerek kişiler ve gerekse de kapsadığı riskler açısından sürekli gelişme eğilimi göstermesi, artan yaşlı nüfusun önemli bir seçmen kitlesi haline gelmesi, gelenek, kültür ve değerlerin değişmesi, artık 'ata' ve 'otorite' olarak kabul edilmeyen yaşlıların aile içerisinde yük, sorun olmaya başlaması gibi nedenlerle yaşlılık çok yönlü bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özellikle büyük kentlerde yaşayan yaşlıların bakımı, korunması ve serbest zaman değerlendirilmesi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle Karataş (2001: 224), yaşlılara yönelik hizmetlerin daha çok kentsel yerleşmelerde yoğunlaştığını vurgulamaktadır.

Belediyeler, yaşlılara fiziksel erişebilirliğin sağlanması, barınma, dolaylı gelir desteği, bakım hizmetleri, sağlık hizmetleri, gündelik yaşama katılım alanlarının sağlanması gibi hizmetler verebilmektedirler. Yaşlıların barınması için belediyeler, huzurevi, yaşlılar yurdu, yaşlı bakım evleri tesis edebilmektedirler (Yıldırım ve Göktürk, 2008: 251). Belediyelerin korunmaya ve bakıma muhtaç yaşlılara yönelik kurum bakımı hizmetlerini profesyonel bir anlayışla ele almaları gerekmektedir. Yaşlılara yönelik hizmetler, yaşlıyı fiziksel ve toplumsal çevresinden uzaklaştırmadan gerçekleştirilmelidir. Bu durum, alışkanlıklarına ve geçmişine daha bağlı olan yaşlılar için özellikle önem taşımaktadır. Emeklilik, ölüm, taşınma gibi nedenlerle toplumsal çevresi zayıflayan yaşlılar, yeni ilişkiler kurmada güçlük çekmektedirler. Yaşlıyı doğal ve toplumsal çevresinden koparan kurum bakımı hizmeti bu açıdan önemli sakıncalar içermektedir (Karataş, 2001: 224). Bazı belediyeler, huzurevlerinde kalan yaşlılara yönelik geziler, hobi bahçeleri, el beceri kursları, kermesler ve diğer sosyal organizasyonlar düzenlemekte, böylece yaşlı kesimin sosyal hayattan kopmamasına yardımcı olmaktadır (Güner, 1998: 73).

Yaşlıların emekliliğe hazırlanması, özellikle kentsel yerleşmelerde büyük önem taşımaktadır. Emekliliğe yeterince hazırlanmamış kişiler, emeklilik sonrası yaşamda kolayca bunalıma düşebilmektedirler. Karataş (2001: 224), bu amaçla belediyelerin emekli olacak olan yaşlılara yönelik eğitici programlar düzenlemelerini önermektedir. Karataş (2001: 224), ayrıca kentsel alanlarda yaşlıların boş zaman değerlendirme

açısından önemli sorunlarla karşılaştıklarını belirtmekte, belediyelerin, yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmelerine katkıda bulunacak rekreasyonel ortamlar hazırlaması, onların hobilerini geliştirici etkinlikler düzenlemesi, sanatsal uğraşları olanlara araç-gereç sağlama ve ürettikleri ürünleri sergileme ve pazarlama olanağı vermesi şeklinde katkıları olması gerektiğine dikkat çekmektedir (Karataş, 2001: 224).

Türkiye’de İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri bakıma muhtaç yaşlılara evde bakım hizmetleri vermektedirler. Evde bakım hizmetleri kapsamında doktor muayenesi, hemşirelik bakımı, fizik tedavi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra kişisel bakım, temizlik, ev içi tamir ve tadilat ve yemek yapılması gibi sosyal bakım hizmetleri de verildiği bilinmektedir.

Ayrıca belediyeler 65 yaş üstü ve maddi durumu olmayan yaşlılar için de serbest veya indirimli ulaşım kartları hizmeti vermekte ve muhtaç durumdaki yaşlılara ayni ve nakdi yardımlarda bulunabilmektedirler (Yıldırım ve Göktürk: 2008: 251). Fakat Belediye Kanunu’nun 13. maddesinde sözü edildiği üzere “yardımların insan onurunu zedelemeyecek koşullarda sunulması” zorunluluğu akıllardan çıkarılmaması gereken önemli bir husustur.



## **BÖLÜM 2: EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN GENEL ÇERÇEVESİ VE DÜNYADA UYGULANMA BİÇİMLERİ**

### **2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Genel Çerçevesi**

Evde bakım hizmetlerinin genel çerçevesini çizmek için öncelikle evde bakım hizmetleri kavramını tartışmak önem taşımaktadır. Çünkü evde bakım hizmetleri sadece tıbbi hizmetleri kapsayan sağlık bakımı hizmetlerini değil, sosyal hizmetlerle bütünleşen, hatta son zamanlarda manevi hizmetlerle bütünleşmesi tartışılan hizmetleri kapsayan dinamik bir kavramdır.

#### **2.1.1. Evde Bakım<sup>14</sup> Hizmetleri Kavramı**

Evde bakımın en basit tanımı, bireylerin bakım gereksinimlerinin ev ortamında karşılanmasıdır (Karahan ve Güven, 2002: 156). Evde bakım hizmetleri, bakıma muhtaç kişinin tıbbi ve sosyal gereksinimlerini günlük olarak karşılamak amacıyla formel veya informal bakıcılar tarafından verilir. Formel bakım veren kimseler evde sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek gruplarından oluşur. İnfornel bakıcılar ise genellikle aile bireyleri ya da ödeme yapılmayan diğer yakınlardır

Evde bakım kavramı, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili bir şekilde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bir bakım sistemini ifade etmektedir. Evde bakım kavramı, kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma ve solunum terapileri, bazı ilaç uygulamaları, parenteral beslenme ve daha birçok sağlık sorununa yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Evde bakımın diğer bir boyutu da, tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşam ortamında sunulması, bu yolla ilgili hastalık ve sakatlıkların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl niteliğinin güçlendirilmesi olanağını yaratmasıdır (Aksayan ve Cimete, 1998: 1-4).

---

<sup>14</sup> Kavram İngilizce’de “home care”, “home health care”, “home nursing care”, “community care”, “community based care” şekillerinde kullanılmaktadır.

Evde bakım hizmetleri, tıbbi bakım hizmetlerinin yanı sıra sosyal bakım hizmetlerini de içermektedir. Sosyal bakım hizmetleri teknik olarak ADLs (Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi günlük yaşam aktiviteleri ile IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan ev işleri, yemek yapma, alışverişe gitme gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini içermektedir.

2005 tarihli Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, evde bakım hizmetlerini, *“hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması”* şeklinde tanımlayarak, evde bakım hizmetlerinin sosyal boyutunu tamamiyle göz ardı etmiştir. Oysaki *“evde bakım hizmetleri hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, ev ekonomisti ve bakım destek elemanı gibi farklı meslek ve branş üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler”* bütünüdür (Aksayan ve Cimete, 1998: 5).

Evde bakım hizmetleri kavramı, uzun dönemli bakım hizmetlerinin yanı sıra kısa süreli bakım hizmetlerini de kapsamı altına almaktadır. Bu bağlamda, kişinin yaşlılık, kronik hastalık, engellilik gibi nedenlerle hayatını idame ettirebilmesi için bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyması halinde uzun dönemli evde bakım hizmetleri, hastaneden taburcu sonrası ya da doğum sonrası gibi çeşitli nedenlerle geçici bir süre bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu durumlarda ise kısa süreli evde bakım hizmetleri devreye girmektedir. Nitekim evde bakım hizmetleri hastanede yatarak tedavi görme gereğini ortadan kaldırabilmekte ya da hastaneden erken taburcu olmayı mümkün kılabilir. Ayrıca uzun dönemli bakım kurumlarına (huzurevi, bakım yurdu gibi) bir alternatif oluşturarak, bireylerin alıştıkları kendi ev ortamlarında bakım hizmeti almalarını sağlamaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin amacı, bireylere kaliteli, ihtiyaca uygun ve düşük maliyetli bakım hizmetleri sunarak, onların bağımsızlıklarını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmek (Havens, 1999: xiii) ve bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde

karşılıyarak aileye destek vermek ve böylece hem bir bütün olarak ailenin hem de tüm aile üyelerinin işlevselliğini arttırmaktır (Bulut, 2001: 34).

Son yıllarda özellikle Batı'da evde bakım hizmetlerinin kapsamı genişlemiş, tıbbi ve sosyal bakımın yanı sıra manevi bakım (spiritual care) hizmetleri de yaygınlaşmaya başlamıştır.<sup>15</sup> Manevi bakım, sosyal ilahiyatçılar tarafından verilen bir bakım hizmetidir. Sosyal ilahiyat, ilahiyat ile sosyal hizmetlerin bir birleşimi olup, özellikle ölümcül bir hastalığa yakalanmış hasta ve hasta yakınları ile ilgilenmek, onlara ölüme refakat hizmetleri kapsamında manevi telkin ve destek vermek, intihara meyilli kişilerin manevi dünyalarını iyileştirmek sosyal ilahiyatçıların manevi bakım kapsamında verdikleri hizmetler arasında yer almaktadır (Seyyar, 2007a: 32).

### **2.1.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi**

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi konusunda literatürde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Cimete (1998: 7, 8), evde bakım hizmetlerinin, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1700'lerin sonunda dini gereklilikler nedeniyle yoksul hastaların evlerine düzenlenen ziyaretler şeklinde başladığını aktarmaktadır. Buna göre 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, A.B.D.'de evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur. 1898'de Los Angeles Sağlık Departmanı yoksul hastaları evlerinde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücretli olarak çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temeli atılmıştır. 1900'lü yılların başında, endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşirelerin evlere düzenledikleri ziyaretlerin nedenini oluşturmuştur. Toplumun çoğunluğu hızlı şehirleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının çözümü için hemşirelere yönelmiştir. 1924-1954 yılları arasında hastanede bakım alma popüler hale gelmiştir. Fakat kronik hastalıklar ve yaşlı nüfusun hızla artması, hastane hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi, evde bakım hizmetinin daha düşük maliyetli, daha uygun bakım ortamı sunması, 1950'lerin ikinci yarısında hızla yaygınlaşmaya başlamasına yol açmıştır. 1982 yılında Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin günümüzde de geçerliliğini koruyan misyonu; evde bakım ve hospis hastaları için bakım kalitesini geliştirmek, bakım vericilerin haklarını korumak, tüm evde ve hospislerdeki bakım

---

<sup>15</sup> Manevi bakım hizmetleri hakkında detaylı bilgi almak için bkz. Seyyar, Ali (2007b), **Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım**, Şefkatli Eller Yayınları, Ankara.

veren bakıcı personeli etkili şekilde temsil etmek ve evde sağlık bakımının merkezine yerleştirmektir.

Grindel-Waggoner (1999), Amerika Birleşik Devletleri'nde, ilk organize ziyaretçi hemşirelik işinin 1813 yılında kurulan South Carolina Charleston Bayanlar Yardımlaşma Derneği tarafından gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Buna göre; 1877 yılında, ilk kez New York'ta yoksul hastaların evlerine eğitimli hemşireler gönderilmiştir. 1909 yılında, Metropolitan Life Sigorta Şirketi Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki poliçe sahiplerine evde bakım hizmetlerini de dahil etmeye başlamış ve bu hizmetleri sunan ilk sigorta şirketi olmuştur. 1929 ekonomik bunalımı, evde sağlık hizmetleri için ödenen mevcut paranın hızla azalmasına neden olmuş, sonuç olarak birçok evde bakım kurumu kapılarını kapatmış ve hastanede bakım dönemi başlamıştır. Sayıları gittikçe artan kronik hastaların bakım yükünü hastaneler taşıyamamıştır. 1950'lerle birlikte ise evde bakım hizmetleri teşvik edilir hale gelmiştir.

Bulut (2001: 34), evde bakım hizmetlerinin Amerika Birleşik Devletleri'nde 1890'larda annenin hastalık veya diğer sorunlar nedeniyle görevlerini yerine getiremediği durumlarda "Yoksulların Kız Kardeşleri" adıyla gönüllü bir teşebbüs olarak ortaya çıktığını aktarmaktadır. Yardımcı hanımlar, ayrıca hasta veya özürlü bireyi olan ailelere de destek olmuşlardır.

Benjamin (1993: 131), Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetlerinin ilk önce aile bireyleri ve komşular tarafından verildiğini, 19. yüzyılın ortalarında evlere sağlık personeli ziyaretleri başladığını ifade etmektedir.

Ulaşılan bir diğer kaynağa göre ise hemşirelerin ABD'de hastaları evlerinde ziyaret etmeleri bir yüzyıldan uzun bir zaman önce başlamıştır. 19. yüzyılın sonlarında hemşirelerin birçoğunun evde bakım hizmetinde görev aldıkları bilinmektedir. Görevleri temel olarak; yeni annelere yardım etmek ve bulaşıcı hastalığı olan insanları tedavi etmek olan ziyaretçi hemşirelere olan talep hızla artmış ve çeşitli kuruluşlar onlara destek olmaya başlamıştır. 1930'larla birlikte salgın hastalıkların yerini ölümlü sonuçlanan kronik dejeneratif hastalıklar almış ve insanlar hastanelerde bakım hizmeti alma yolunu tercih etmişlerdir. Hastanede tedavi olma önceliği 1950'lilerin ortalarına kadar sürmüştür. 1950'lilerin sonlarına gelindiğinde, hastane maliyetlerinin artması ve

hemşire derneklerinin kampanyalarıyla evde bakım hizmetleri hızla yaygınlaşmaya başlamıştır (www.marshallcavendish.us).

Evde bakım hizmetleri Avrupa ülkelerinde ise tarihsel olarak informel bakım (çoğunlukla aile bireyleri tarafından) ve gönüllü kuruluşlar ya da kilise tarafından yürütülmüştür. 19. yüzyılın sonlarına doğru devletin sağlık ve sosyal hizmetlere olan yatırımları artmış olsa da, evde bakım ile ilgili bir yatırımı bulunmamakta idi. 20. yüzyıl başlarında, yaşlılara, engellilere ve akıl hastalarına geniş ölçekli kurumlar ve hastanelerde hizmet sunulması anlayışı egemendi. 1960'lara kadar hastanelerde yaşlıların uzun dönemli olarak işgal ettikleri yatak sayısını azaltmaya yönelik girişimler olmuştur. 1960'lardan itibaren tıp ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere paralel olarak ise evde bakım hizmetleri hızla gelişmeye başlamıştır (WHO, 2008: 9, 10).

### **2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerini Ön Plana Çıkaran Nedenler**

Evde bakım hizmetleri Batı'da özellikle 1950'li yıllardan itibaren çeşitli avantajlarından ötürü tercih edilmeye başlamış ve tüm dünyada üzerinde önemle tartışılan bir konu haline gelmiştir. Evde bakım hizmetlerine olan eğilimin çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenler, demografik yapıda meydana gelen değişiklikler, toplumsal değişim, bilim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler, sosyal haklarda meydana gelen gelişmeler, uzun dönemli kurumsal bakım hizmetlerindeki yetersizlikler, insani gereksinimler ve sağlık hizmetleri harcamalarındaki maliyet artışlarına bağlanarak açıklanabilmektedir.

#### **2.1.3.1. Demografik Yapıda Meydana Gelen Değişiklikler**

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere, gelişmekte olan ülkelerde de 65 yaş ve üzeri nüfus hızla yükselirken, doğurganlık oranlarının azalmasına paralel olarak genç nüfus oranı da hızla azalmaktadır (WHO, 2008: 3). Doğurganlık oranlarının azalması, aynı zamanda bakıma muhtaç kimselere bakacak genç insan sayısının azalması anlamına da gelmektedir (Arntz ve diğ., 2007: 1). Çünkü bilindiği gibi evde bakıma olan talep yaş ile birlikte artmaktadır. Demografik yapıda meydana gelen bu yöndeki değişimler evde bakıma olan talebin de hızla artmasına yol açmaktadır (WHO, 2008: 3).

Özellikle II. Dünya Savaşı'ndan sonra bilim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler yaşam koşullarını iyileştirmiş, buna ilaveten tıp alanındaki yeniliklerle birlikte doğumda

beklenen yaşam süreleri artmaya başlamıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin nüfus projeksiyonları, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının yükselmeye devam edeceğini göstermektedir. Birleşmiş Milletler'e göre (2009), yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu ülkeler başta Avrupa ülkeleri olmak üzere, Kuzey Amerika ülkeleri ve Avusturalya'dır.

**Tablo 1. Dünya'da Yaşlı Nüfus Oranları**

	60 yaş ve üzeri nüfus (%)			65 yaş ve üzeri nüfus (%)			80 yaş ve üzeri nüfus (%)		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
<b>Dünya</b>	10.8	9.7	11.9	7.5	6.6	8.4	1.5	1.1	1.9
<b>Gelişmiş Ülkeler</b>	21.4	18.7	23.9	15.8	13.2	18.2	4.2	2.9	5.5
<b>Gelişmekte Olan Ülkeler</b>	8.5	7.9	9.1	5.7	5.2	6.2	0.9	0.7	1.1
<b>Az Gelişmiş Ülkeler</b>	5.1	4.7	5.5	3.3	3.0	3.6	0.4	0.3	0.5
<b>Afrika</b>	5.3	4.9	5.8	3.4	3.1	3.7	0.4	0.3	0.5
<b>Asya</b>	9.7	9.0	10.5	6.6	5.9	7.2	1.1	0.9	1.3
<b>Avrupa</b>	21.6	18.5	24.5	16.2	13.2	18.9	4.1	2.7	5.4
<b>Latin Amerika ve Karayipler</b>	9.8	8.9	10.6	6.8	6.0	7.5	1.4	1.1	1.7
<b>Kuzey Amerika</b>	18.0	16.2	19.7	12.9	11.2	14.5	3.8	2.8	4.8
<b>Avusturalya</b>	15.1	14.1	16.0	10.6	9.7	11.6	2.8	2.2	3.5

**Kaynak:** UN (2009: 63).

Tablodan da görüleceği gibi gelişmiş ülkeler grubundaki yaşlı nüfus oranları oldukça yüksektir. Bu sorun şimdilik gelişmiş ülkelere ait bir sorunmuş gibi görünse de, yakın gelecekte gelişmekte olan ülkelerin de aynı sorunla karşı karşıya kalacakları bilinmektedir. Ayrıca kadınların doğumda beklenen yaşam sürelerinin erkeklere göre daha fazla olmasına paralel olarak, kadın yaşlı nüfusu oranı erkek yaşlı nüfusuna göre daha yüksektir.

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının en yüksek olduğu Avrupa ülkelerinin günümüzdeki ve gelecekteki durumu, aşağıdaki tabloda da ayrıntılı bir şekilde görüleceği gibi çarpıcı bir nitelik taşımaktadır. Tüm dünyada en hızlı artan yaşlı nüfus

grubu “çok yaşlı nüfus” olarak adlandırılan 80 yaş ve üzeri gruptur. Özellikle Avrupa ülkelerinde 80 yaş ve üzeri grubun oranının, 2035 yılında iki katına, 2060 yılında ise üç, hatta bazı ülkelerde dört katına yükselecek olması bu iddiayı doğrular niteliktedir.

**Tablo 2. Avrupa Ülkelerindeki Yaşlı Nüfusun Bugünkü ve Gelecekteki Durumu**

	65 yaş ve üstü kimseler (%)			80 yaş ve üstü kimseler (%)		
	2008	2035	2060	2008	2035	2060
<b>AB27</b>	17.1	25.4	30.0	4.4	7.9	12.1
<b>Belçika</b>	17.0	24.2	26.5	4.7	7.4	10.2
<b>Bulgaristan</b>	17.3	24.7	34.2	3.6	7.1	12.8
<b>Çek Cumhuriyeti</b>	14.6	24.1	33.4	3.4	7.9	13.4
<b>Danimarka</b>	15.6	24.1	25.0	4.1	7.7	10.0
<b>Almanya</b>	20.1	30.2	32.5	4.7	8.9	13.2
<b>Estonya</b>	17.2	22.8	30.7	3.6	6.8	10.7
<b>İrlanda</b>	11.2	17.6	25.2	2.8	5.0	9.6
<b>Yunanistan</b>	18.6	26.3	31.7	4.1	7.9	13.5
<b>İspanya</b>	16.6	24.8	32.3	4.6	7.2	14.5
<b>Fransa</b>	16.5	24.4	25.9	5.0	8.5	10.8
<b>İtalya</b>	20.1	28.6	32.7	5.5	9.1	14.9
<b>Güney Kıbrıs</b>	12.4	19.0	26.2	2.8	5.3	8.6
<b>Letonya</b>	17.3	23.7	34.4	3.6	6.7	11.9
<b>Litvanya</b>	15.8	24.3	34.7	3.3	6.4	12.0
<b>Lüksemburg</b>	14.2	21.3	23.6	3.5	5.8	8.9
<b>Macaristan</b>	16.2	23.1	31.9	3.7	7.6	12.6
<b>Malta</b>	13.8	24.8	32.4	3.2	8.3	11.8
<b>Hollanda</b>	14.7	25.9	27.3	3.8	8.0	10.9
<b>Avusturya</b>	17.2	26.1	29.0	4.6	7.2	11.4
<b>Polonya</b>	13.5	24.2	36.2	3.0	7.7	13.1
<b>Portekiz</b>	17.4	24.9	30.9	4.2	7.6	12.8
<b>Romanya</b>	14.9	22.9	35.0	2.8	6.2	13.1
<b>Slovenya</b>	16.1	27.4	33.4	3.5	8.4	13.9
<b>Slovakya</b>	12.0	23.0	36.1	2.6	6.4	13.2
<b>Finlandiya</b>	16.5	26.4	27.8	4.3	9.4	10.8
<b>İsveç</b>	17.5	23.6	26.6	5.3	8.1	10.0
<b>Birleşik Krallık</b>	16.1	21.9	24.7	4.5	6.7	9.0
<b>Norveç</b>	14.6	22.6	25.4	4.6	7.1	10.0
<b>İsviçre</b>	16.4	25.2	28.0	4.7	7.7	11.1

**Kaynak:** EUROSTAT (2008).

Ülkemizdeki demografik değişimler de, birçok faktörden etkilenmekle birlikte bunların en önemlileri; bebek ölüm oranının azalması, aile planlaması uygulamalarıyla doğurganlık oranının düşmesinin yanı sıra, tıp teknolojisindeki ilerlemelerin tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine etkisi ile bireylerin doğumda beklenen yaşam beklentilerinin giderek artması şeklindedir (Oğlak, 2007: 40).

### **2.1.3.2. Toplumsal Yapıda Meydana Gelen Değişiklikler**

Toplumsal kaynaklar arasında aile, yaşlıların bakımında birincil ve temel destek unsuru olarak en büyük öneme sahiptir. Aileler, yaşlıların bakımını bir zorunluluk olarak görmemekte, yaşlı bakımını aile içinde yerine getirilmesi gereken bir sorumluluk olarak kabul etmektedirler. Özellikle de aile bireylerinden kadınlar, ekonomik maliyetinin de düşük olması nedeniyle yaşlıların bakımında ve korunmasında temel merkezi oluşturmaktadırlar. Gerek yabancı ülkelerde gerekse de ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda da yaşlıların büyük çoğunluğunun aileleri tarafından bakıldığı ve bakım işini genellikle kadınların yerine getirdiği bulunmuştur. Fakat geniş aile yapısından çekirdek aileye geçiş, ekonomik problemler, kırsal alanlardan şehirlere göçün artması, çocuksuz bireylerin sayısının artması, insanların daha geç ve daha az sayıda çocuk sahibi olması ve çalışan kadınların sayısının artması ile birlikte ailelerin yaşlılara bakım kapasiteleri değişime uğramaya başlamıştır. Özellikle çalışan kadın sayısının artması, yaşlıya doğal bakım veren kişi olarak görülen kadınların giderek bu işlevlerini yerine getirmekten uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Bu durumda gerek kız gerekse erkek çocukların, anne babaları ile ilgili olarak algıladıkları sorumlulukları, mesleği, eşi ve kendi çocuklarına ilişkin sorumlulukları ile çatışabilmekte ve kişi endişe, sıkıntı, gerginlik ve öfke gibi duygular hissedebilmektedir. Sürekli bakım sağlayan birine ihtiyaç duyulması ve yaşlı bakımının getirdiği baskılar nedeniyle bakımı sağlayan kişiler iş ve sosyal yaşantılarını kısıtlamakta, kendilerini toplumdan soyutlayabilmektedirler. Nitekim yaşlı bakımını üstlenen kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada bakım veren kişinin ilişkilerinin ve özgürlüğünün kısıtlandığı, diğer rollerini gerçekleştirmenin engellendiği belirlenmiştir (Öztop ve diğer., 2004: 375, 376).

Endüstrileşme ile birlikte ekonomik yapı, toplumsal yapıyı da etkilemiştir. Aile yapısında meydana gelen küçülme ile birlikte geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş, diğer bir taraftan yaşlıların hem toplumsal ve hem de aile içi statülerinin



değişmesine neden olmuştur (Oğlak, 2007: 41). Kadının iş hayatına katılmasının yanı sıra, evlenme oranlarının düşmesi ve boşanma oranlarının artması aile yapısını değiştirmekte (Taşçı, 2010: 181), çocuklarıyla beraber yaşayan yaşlılarının oranının hızla azalmasıyla yaşlılara verilen geleneksel bakım hizmetleri azalmaya başlamaktadır. Tüm bunların bir sonucu olarak, özellikle gelişmiş ülkelerde profesyonel düzeyde verilen evde bakım hizmetlerine doğru bir eğilim gözlenmektedir.

Yaşanan toplumsal değişim Türkiye’de, Batı’daki kadar net olmasa da, bu yönde bir eğilim Türkiye için de söz konusudur. Her ne kadar geniş aile yapısı, çekirdek aile yapısına dönüşmeye devam etse de, fonksiyonel olarak aile ve akrabalık sistemi yerini muhafaza etmektedir. Kır ve kentte aileler ayrı hanelerde otursalar da akrabalar arasında karşılıklı yardım ve destek devam etmektedir (Altan ve Şişman, 2003: 13). Ancak ilerleyen yıllarda Batı’daki toplumsal değişimin etkilerinin Türkiye’ye yansımalarının daha kuvvetli bir şekilde hissedileceği tahmin edilmektedir.

Sonuç olarak evde bakım hizmetlerini öne çıkaran toplumsal nedenler;

- Kentleşme, iç ve dış göç gibi nedenlerle çekirdek aileye dönüşümün artmasıyla yaşlıya her türlü güvenceyi sağlayan geniş aile sayısının azalması,
- Çekirdek aileye dönüşüm sürecinde konutların küçülmesi, konutların yaşlılar için uygun ve yeterli olmaması,
- Ailede yaşlıların bakımında önemli rol oynayan kadınların çalışma yaşamına katılması veya katılmak istemesi,
- Gençlerin yaşlılara bakış açısı ve kuşaklar arası iletişim bozukluğu,
- Yaşlıların ve ailelerinin ekonomik yetersizliği,
- Yaşlılık hakkında ailenin ve yaşlının bilgi eksikliği,
- Aile içinde bakım verici rolündeki kişilerin sayısının azalması (Karahana ve Güven, 2002: 158; Öztop ve diğ., 2004: 373) şeklinde sıralanabilmektedir.

Tüm bu nedenlere ek olarak, yaşanan toplumsal değişimle birlikte yaşlılar da artık bir yandan çocuklarına yük olmak istememekte, diğer yandan da kurumda (huzurevi/bakımevi) bakım hizmeti almaktan çekinmektedirler. Dolayısıyla evde bakım

hizmeti ile yaşlının hem yaşadığı ortamdanda kopmaması, hem de çocuklarına yük olma endişesini taşımaması yönünde rahatlık sağlanmaktadır.

### **2.1.3.3. Bilim ve Teknolojide Meydana Gelen Gelişmeler**

Bilim ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler, önceleri sadece hastanede yapılması mümkün olan pratiklerin artık evde de yapılabilir hale gelmesine imkan tanımıştır. Özellikle biyomedikal, farmakolojik ve teknolojik yenilikler hastalar için hastane yerine evde bakılmayı olanaklı hale getirmiştir. Bu bağlamda infüzyon, destekli solunum, diyaliz, diyet tedavileri, radyografi, ultrason, besleme pompaları, kan alma cihazları, nabız oksimetreleri, uzaktan görüntüleme gibi son derece teknik hizmetler evde sunulabilir hale gelmiştir (Leff and Burton, 2001: M605; Ewers, 2002: 309). Ayrıca önceleri infüzyon tedavisinin mutlaka ehil bir hemşire tarafından uygulanması gerekirken, artık teknolojik yeniliklerle beraber aile üyeleri ya da diğer bakıcılar tarafından da uygulanması mümkün hale gelmiştir. Öyle ki bazı durumlarda tedavi hastanın kendisi tarafından bile uygulanabilecek duruma gelmiştir (Arno ve diğ., 1994: S15). Kalp monitörleri, kan şekeri monitörleri gibi uzaktan görüntüleme sistemleri ile hastanın durumunun sürekli takip edilebilmesine, imkân vermekte, bakımı hem hasta hem de sağlık personeli açısından kolaylaştırmaktadır (WHO, 2008: 28).

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte çipler ve dedektörler sayesinde ev dışına çıkan ve kaybolmasından endişe edilen Alzheimer ve demans hastalarının kolayca bulunabilmeleri mümkün hale gelmiştir (WHO, 2008: 28).

Bakıma muhtaç insanların evlerinde yapılabilen basit tadilatlarla ve değişikliklerle, günlük yaşamlarını kolaylaştırabilmek mümkün hale gelmiştir. Ayrıca özel sandalyeler, ev içinde yapılan rampalar, uyumlaştırılmış tuvalet, banyo ve mutfaklar, kaldırma ekipmanları, bası yaralarını önlemek için tasarlanmış özel yataklar evde bakımda bakıma muhtaç kişinin bağımsız bir şekilde yaşamını sürdürebilmesine yardımcı olmaktadır (WHO, 2008: 5, 28).

Tüm bu yenilikler hem evde bakımın, hem de evde bakım sağlayan personelin kapasitelerini arttırmakta ve evde kaliteli bakım hizmeti sunulmasını sağlamaktadır (Leff and Burton, 2001: M605).

#### **2.1.3.4. Sosyal Haklarda Meydana Gelen Gelişmeler**

Sosyal haklar, ekonomik ve sosyal dengesizlikleri azaltmaya yönelik haklar olup, önceleri sadece işçi/çalışan hakları bağlamında ele alınmakta iken, günümüzde diğer dezavantajlı toplum kesimlerini de kapsamına alarak içerik itibariyle genişlemiş ve sosyal devlet düşüncesi ve uygulamaları ile özdeşleşmiştir (Talas, 1981-82: 43).

Vatandaşlarını karşılayabilecekleri tüm olumsuzluklara karşı koruyacak politikaları üretmek ve bu politikalara işlerlik kazandırmak sosyal devlet ilkesini benimseyen devletlerin hiç tartışmasız temel görevidir. Bir başka yönden, ayırım gözetilmeksizin toplumu oluşturan tüm bireylerin ekonomik ve sosyal haklara sahip kılınmaları, bu hakları özgürce kullanabilmeleri beklenilir. Böyle bir yaklaşımla; yaşlıların bakım, gözetim ve korunma gereksinimlerinin karşılanması yaşlılar için bir hak, vatandaşı oldukları devlet için ise bir görev olmalıdır. Yaşadığımız dönemde bu ilkeler birçok devletin anayasasında yer almakta ve uluslararası ortamda o devletler için saygın bir imaj oluşturmaktadır (Altan ve Şişman, 2003: 16).

#### **2.1.3.5. Uzun Süreli Kurumsal Bakım Hizmetlerindeki Yetersizlikler**

Uzun süreli yatılı sağlık ve sosyal hizmetlerin verildiği huzurevi bakımının, yaşlılar üzerinde tıbbi ve psikolojik açıdan olumsuz etkilerine ilişkin birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Yaşlıların bir arada kaldığı bakımevi ve huzurevlerinde kişisel gereksinim ve beklentilerinin karşılanması amacına yönelik bireysel bakım planlarının geliştirilmesi oldukça zor olmaktadır. Bu da bakım hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü gibi, bakıma muhtaç kimsenin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (Oğlak, 2007: 43, 44). Ayrıca yapılan pek çok çalışma, depresyonun da aslında bulaşıcı bir hastalık olduğunu ve kurumda kalan yaşlılarda depresyonun çok yaygın bir şekilde görüldüğünü ortaya koymaktadır.

#### **2.1.3.6. İnsani Gereksinimler**

Toplumu oluşturan bireylerin birbirlerine karşı ahlaki yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu bağlamda yaşlıların ve özürülülerin toplumda yaşamlarını insan onuruna yaraşır bir şekilde sürdürmeleri gerekmektedir. Bu koşulların sağlanması ise sadece devletin değil, kuşkusuz toplumu oluşturan tüm bireylerin ortak sorumluluğudur.

Yaşlıların ve özürllülerin karşı karşıya kalabilecekleri güçlükleri aşabilmelerine yardımcı olmak salt insan severliğin, hayırseverliğin ya da yardımseverliğin bir gereği olarak da düşünülemez. Bu duygusal yaklaşımların ötesinde yaşlıların ve engellilerin, maddi ve manevi değer kattıkları toplumun bireyleri tarafından takdir edilip, ödüllendirilmeleri ahlaki yönden de gereklidir (Altan ve Şişman, 2003: 15).

Evde bakım hizmetleri yaşlının ve özürllünün yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bakım hizmetinin yatalak bir bakıma muhtaç kimsenin evine götürülmesi, her şeyden önce insani olarak en uygun yaklaşımdır.

#### **2.1.3.7. Sağlık Hizmetleri Harcamalarında Artan Maliyetler**

Sağlık harcamalarının % 40-50'si doğrudan bakıma muhtaçlara yapılmaktadır. Ayrıca 65 yaş ve üstündekilerin kişi başına düşen sağlık harcaması, 65 yaş altındakilere göre 3-5 kat daha fazladır. Öte yandan, teknoloji gerektirmeyen bakım hizmetlerine gereksinim duyan pek çok hastanın, teknoloji yoğun hastanelerde yatarak tedavi görmesi, maliyetleri arttırdığı gibi hastane kaynaklarının etkin kullanılamamasına neden olmaktadır (Oğlak, 2007: 45, 46). Yapılan çalışmalar evde bakım hizmetlerinin hastanede bakım hizmetlerine göre dörtte bir orana kadar daha düşük maliyetli olabildiğini göstermektedir (Shnoor ve diğ., 2007). Bu nedenle ülkeler evde bakım hizmetlerini maliyetleri azaltan bir seçenek olarak yaygınlaştırmaya çalışmaktadırlar

#### **2.1.4. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler**

Evde bakım hizmetleri hasta bakımı, rehabilitasyon ve kişisel/öz bakım yanında önleyici hizmetleri de kapsayan çok yönlü uygulamalar bütünüdür. Evde bakım hizmeti, hastalık, özürllülük, yaşlılık ve analık durumunda bireye ve/veya ailesine verilen her türlü desteği kapsamaktadır. Bu bağlamda hasta bakımı, konuşma terapisi, fizik tedavi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra ev temizliği, yemek pişirme, alışveriş gibi günlük ev yardımları ile giyinme, soyunma, yemek yeme, banyo, tuvalet, hareket ihtiyaçlarının karşılanması gibi kişisel/öz bakıma yönelik hizmetler evde bakım hizmetlerinin genel kapsamını oluşturmaktadır. İleride çıkması muhtemel sorunlarını önlemek amacıyla evlere yapılan sosyal hizmet uzmanı, ebe-hemşire ziyaretleri ve aile hekimliği uygulamaları gibi hizmetler ise evde bakım hizmetinin önleyici boyutunu oluşturmaktadır (Bulut, 2001: 34).

Evde bakım hizmetleri kapsamında verilen hizmetleri aşağıdaki şekilde tablolandırmak mümkündür.

**Tablo 3. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler**

HİZMET TÜRÜ	KAPSAMI
Ev İdaresi	Ev Temizliği, yemek hazırlama çamaşır yıkama, alışveriş yapma, ilaç alma, telefonu ya da diğer teknolojik cihazları kullanma gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteği (IADLs).
Kişisel (Öz) Bakım	Giyinme, soyunma, banyo, tuvalet, yemek yeme, gezme, dolaşma, ayağa kaldırma, yatırma gibi günlük yaşam aktiviteleri desteği (ADLs).
Hemşirelik ve Sağlık Bakımı	Hemşirelik değerlendirmesi, bakım planlama, optimum sağlık durumu için uygulanacak bakım ilkelerini belirleme, yara bakımı, katater ve ostomi uygulaması, parenteral besleme, intravenöz tedavi, diyaliz, solunum cihazı gibi ileri teknoloji gerektiren uygulamalar ile bakıma muhtaç kişiye ve ailesine hastalık ve bakım süreci hakkında bilgi vermek.
İlaç Tedavisi	Her türlü ilacın (oral, topikal, fitil, enjeksiyon) uygulanmasında destek.
Rehabilitasyon	Hareket programları, tedavi egzersizleri, konuşma terapisi, bağırsak ve mesane eğitimi gibi işlevin yeniden kazandırılması ya da geliştirilmesi için hemşireler veya fizyoterapistler tarafından tasarlanmış hizmetler.
Palyatif Bakım	Semptomların yönetilmesi, ilaçların yönetilmesi gibi hayatın son günlerinin rahat geçirilmesine yönelik hizmetler.
Bakım Yönetimi	Bakımı planlama, düzenleme, bakım ekipmanının güvenliğini sağlama, bakımla ilgilenen diğer kimselerle iletişim içerisinde olma gibi bakım sürecine ilişkin hizmetler

**Kaynak:** Kane (1999: 303).

### 2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yaralanan Gruplar

Evde bakım hizmetlerinden çoğunlukla kronik hastalar, yaşlılar ve özürlüler yararlanmaktadırlar. Bu grubun yararlandığı evde bakım hizmetleri uzun süreli olup, doğum sonrası ya da taburcu sonrası geçici bir süreliğine bakıma ihtiyaç duyan kimseler kısa süreli evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Ayrıca evde bakım hizmetleri Batı'da özellikle nispeten genç olmalarına rağmen AIDS hastaları tarafından yaygın bir şekilde tercih edilmektedir (Arno ve diğ., 1994: S16). İlaveten, bakıma muhtaç kimsenin bakım ihtiyacını karşılayan bakıcı aile bireyi hastalandığında, başka bir yere gitmek zorunda kaldığında, öldüğünde ya da bakım hizmetleri vermekte yetersiz kaldığında profesyonel evde bakım hizmetleri ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (McMackin, 2006: 96).

Evde bakım hizmetlerinin uygulanması için her hastalığın ya da hastanın ve hatta hastanın ailesinin psikolojik ve biçimsel olarak uygun olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir (Tanlı, 1996: 10).

Evde bakım hizmetinden yararlanılması beklenen grupları aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Diabet, böbrek hastalığı veya felç gibi sıkı takip gerektiren kronik durumları olan hastalar.
- Özel bakım, ağrı kontrolü ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalar (kanser ve AIDS gibi).
- Hastalıklarının son dönemindeki kronik hastalar (terminal dönemdeki hastalar).
- Hareket kısıtlılığı olan hastalar veya günlük faaliyetlerinde yardıma ihtiyaç duyan yaşlılar.
- Uzun süredir kronik hasta aile bireyinin bakımını sağlayan ve bir süre yardımcıya, refakatçiye ihtiyacı olan aileler.
- Yaşam destek aletlerine bağlı ve yakın hemşire bakımıyla günlük yaşamlarına devam edebilecek yetişkin ve çocuklar.

- Hastaneden yeni taburcu olmuş, nekahat dönemini tam atlamamış cerrahi ve doğum hastaları (Tanlı, 1996: 11).

### **2.1.6. Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (2000: 23) göre, evde bakım hizmetlerinin finansman kaynakları şunlardır:

- Genel vergiler
- Sosyal ya da sağlık sigortası primleri
- Hizmeti alanlardan gelir düzeylerine göre alınan katkı payları
- Özel sigorta
- Ücretsiz (gönüllü/informel) personel kullanım

Bu kaynaklar genel ya da spesifik olabilmektedir. Örneğin uzun dönemli bakım hizmetleri, genel sağlık sigortası ya da spesifik olarak uzun dönemli bakım sigortası tarafından karşılanabilmektedir. Ülkeler, hatta toplumlar bu kaynakların bir kombinasyonunu veya değişik bir finansman mekanizmasını kullanabilmektedirler (WHO, 2000: 23). Örneğin Birleşik Krallık'ta uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansmanı, öncelikle genel vergilerden, kısmen merkezi hükümet desteklerinden, kısmen de yerel vergilerden sağlanmaktadır (AARP, 2006: 25).

### **2.1.7. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları**

Evde bakım hizmetlerinin sağladığı pek çok avantajın yanı sıra, bir takım dezavantajları da bulunmaktadır. Bu avantaj ve dezavantajları iki ayrı başlık altında ele almak mümkündür.

#### **2.1.7.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları**

Günümüzde tıp teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak yoğun bakım dahil, diyabet, astım, kalp problemleri, kanser gibi pek çok durum için evde bakım olanağı bulunmaktadır. Evde bakım hizmetleri, hasta veya bakıma ihtiyacı olan bireylere kendi ortamlarında daha özgür yaşama imkânı sunmaktadır. Hastanın veya bakıma muhtaç

bireyin ailesiyle birlikte alıştığı ev ortamında bulunması, bakımın kalitesini arttırarak bu hizmeti birey için cazip hale getirmektedir (Göz ve Erkan, 2008: 8).

Nitekim yaşlıların öncelikle eşleri olmak üzere, sırasıyla yetişkin çocukları, kardeşleri, uzak akrabaları, son olarak ise arkadaşları ya da komşuları tarafından bakılmayı tercih ettiklerine ilişkin pek çok araştırma bulunmaktadır (Davey and Patsios, 1999: 277).

Evde bakım hizmeti ile bakıma muhtaç kişi üzerindeki kurumda bakım almanın oluşturacağı stres önlenmiş olmaktadır. Nitekim evde bakım hizmetinin amacı, bireylerin kendi evlerinde olabildiğince uzun, bağımsız, rahat ve huzurlu şekilde yaşamalarını sağlamaktır (Bulut, 2001: 34).

Evde bakım hizmetleri ile bireylerin kendi ev ortamlarında bakılması tedavi sürecini hızlandırmaktadır. Hastaneden erken taburcu edilerek evlerine gönderilen ve evde bakım hizmeti alan hastaların, hem bedensel hem ruhsal genel sağlık durumlarının daha iyi, hastaneye tekrar yatış hızlarının da daha düşük olduğu belirtilmektedir (Göz ve Erkan, 2008: 9).

Yapılan çalışmalar evde bakım hizmetlerinin hastanede bakım hizmetlerine göre dörtte bir orana kadar daha düşük maliyetli olabildiğini göstermektedir (Shnoor ve diğ., 2007). Ayrıca, taburcu sonrası evde bakım hizmetleri ile hastanelerde uzun süreli yatak işgalleri önlenerek, hastaneye yatması gereken diğer hastaların daha az sıra beklemiş olmaları sağlanmaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri daha düşük maliyetli sağlık harcamaları ile ülke ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır.

Evde bakım hizmetleri, bireyin ve ailesinin bakıma daha çok katılmasını sağlamaktadır. Ayrıca bakım alan kimsenin stres düzeyini azaltmaktadır.

Hastanede kalmak hasta için her zaman enfeksiyon kapma riski taşımaktadır. Evde bakım ile birlikte enfeksiyona yakalanma ihtimali azalmaktadır

Kurum bakımından farklı olarak evde bakımda bireye ve aileye özgü bakım planları hazırlanabilmekte, bakımın daha etkin bir şekilde yürütülmesi sağlanabilmektedir (Göz ve Erkan, 2008: 9).



### **2.1.7.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları**

Evde bakım hizmetlerinin avantajlı yanları olduğu gibi dezavantajlı yanları da bulunmaktadır. Öncelikle evde bakım hizmetlerinin aile üzerinde bir takım olumsuz etkileri söz konusu olabilmektedir. Sürekli bir hasta ile yaşamak ve onun sorumluluğunu yüklenmek aile bireyleri üzerinde gerginliğe yol açabilmektedir (Çoban, 2003: 40). Özellikle Alzhemir ve demans hastası yaşlılarla yaşamak aile için çok yıpratıcı olabilmektedir. Bu bağlamda kişinin ailesine psikolojik destek verilmesi önem arz etmektedir. Zaten evde bakım hizmetleri, sadece bakıma muhtaç kimseye değil ailesine yönelik hizmetleri de kapsayan bir bütündür. Diğer taraftan bakıma muhtaç kimse de ailesine yük olduğu duygusuna kapılıp mutsuzluk yaşayabilmektedir. Bu açıdan evde bakım hizmetlerinin hem birey hem de ailesi açısından uygun olup olmadığı çok dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, herhangi bir komplikasyon durumunda acil duruma müdahale edilmesini imkansız kılabilir. İletişim ve ulaşım teknolojisinin güçlenmesi ve hasta yakınlarının eğitimi ile evde bakım hizmetlerinin acil durumlarda müdahale kısıtlılığı sorununun azalabileceği düşünülmektedir (Çoban, 2003: 41).

Ev içinde bakıma muhtaç kişinin bakımını ya da günlük yaşamını kolaylaştıracak tadilatlar ve modifikasyonlar yapılması konusunda, bakıma muhtaç kişinin ek maliyetinden ya da inatçı kişiliğinden ötürü, alıştığı ortamın değiştirilmesini istememesi söz konusu olabilmektedir (Steinfatt, 2010).

Evde bakım hizmetleri sunulurken yaşanabilecek tıbbi hatalar ve diğer sorunlarla ilgili yasalar oluşturmamış ülkelerde, bakım personeli ya da bakım alan kişi ve ailesi çeşitli sıkıntılar yaşayabilmektedir. Ayrıca evde hasta tedavisi sonrası oluşacak tıbbi atıkların kontrolünün de zor olacağı düşünülmektedir (Çoban, 2003: 42). Ancak Türkiye’de 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de evde sağlık hizmetleri sunumu sırasında oluşacak olan tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi (md. 11/ç) görevi sorumlu tabibe verilmiş olup, yasal olarak düzenleme altına almıştır.

## 2.2. Dünyada Evde Bakım Hizmetleri

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri üç model çerçevesinde uygulamaktadırlar:

- Primli model
- Primsiz model
- Primli ve primsiz modelin birlikte uygulandığı karma model

Primli modeli benimseyen ülkeler, sosyal sigortalar sistemleri içinde bakım sigortası ihdas ederek bakım hizmetlerini sağlamaktadırlar. Primsiz modeli benimseyen ülkeler, bakım hizmetlerini genel vergilerden finanse edilen kamusal sosyal yardım ve devletçe destek yöntemiyle güvence altına almaktadırlar. Bakım güvence sistemini oluşturmuş ülkelerin bir kısmı da bakım hizmetlerini, hem kamusal sosyal yardım, hem de bakım sigortası aracılığı ile yürütmektedirler. Bir başka ifadeyle primli modelin yanı sıra primsiz modeli de bakım güvence sistemlerine dahil ederek karma bir model uygulamaktadırlar. Her ülkede sosyal sigorta kapsamı dışında kalan sosyal kesimlerin de olabildiği göz önüne alındığında, yoksulluk ya da başka sebeplerden ötürü prim ödeyemeyen bakıma muhtaç kişiler için primsiz modelin bakım güvence sistemine dahil edilmesi büyük önem arz etmektedir (Seyyar, 2008c: 31).

İster primli, ister primsiz, ister karma modeli benimsenmiş olsun, evde bakım hizmetleri geleneksel olarak yerel yönetimler, çoğunlukla da belediyeler tarafından verilmektedir. Birçok ülkede evde bakım hizmetlerinin doğrudan uygulanmasından olmasa da, planlanmasından ve organize edilmesinden belediyeler sorumludurlar. İskandinav ülkelerinde (İsveç, Norveç, Finlandiya, Danimarka), Birleşik Krallık, İtalya ve İspanya'da evde bakım hizmetlerinin sunumunun önemli bir kısmı özel sektöre ve kar amacı gütmeyen sektöre transfer edilmiş olmasına rağmen, belediyeler hala evde bakım hizmetlerinden sorumlu olmaya devam etmektedirler. Diğer pek çok ülkede de çeşitli yerel yönetim birimleri evde bakım hizmetlerini uygulamak konusunda olmasa da, hizmetleri satın alma ve yetkilendirme konusunda sorumludurlar (Lethbridge, 2005: 7). Çünkü yerel yönetimler, halka en yakın kurumlar olduklarından, halkın ihtiyaçlarını en kısa sürede tespit edebilen ve bu bağlamda en etkin hizmeti sunabilen kurumlar olma özelliğini taşımaktadırlar.

Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere evde bakım hizmetlerinin organizasyonunda yerel yönetimler kilit noktada yer almaktadırlar.

**Tablo 4. Bazı AB Üyesi Ülkelerde Evde Tıbbi ve Sosyal Bakım Organizasyonu**

ÜLKE	EVDE TIBBİ BAKIM	EVDE SOSYAL BAKIM
Belçika	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
Danimarka	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Finlandiya	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Fransa	Sosyal Sigorta ve Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Almanya	Sosyal Sigorta	Sosyal Sigorta
İrlanda	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Merkezi veya Bölgesel Hükümet
İtalya	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
Hollanda	Sosyal Sigorta	Sosyal Sigorta
Portekiz	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye
İspanya	Sosyal Sigorta	Yerel Yönetim veya Belediye
İsveç	Yerel Yönetim veya Belediye	Yerel Yönetim veya Belediye
Birleşik Krallık	Merkezi veya Bölgesel Hükümet	Yerel Yönetim veya Belediye

**Kaynak:** WHO (2008, 14).

Seyyar'a (2004: 158) göre, hangi model tercih edilirse edilsin, uygulamada temel esaslar aşağı yukarı belli olup şu şekildedir:

- Bakıma muhtaçlık riskine karşı koruyucu sağlık hizmetleri uygulamak.
- Bakım riski ile karşı karşıya kalan risk gruplarına (kaza geçirenlere, sakatlananlara, ciddi hastalıklara yakalananlara vb.) eski sağlıklarına yeniden kavuşabilmeleri ya da yapabilir duruma gelmeleri için tıbbi tedavi ve rehabilitasyon programları uygulamak.
- İyileşme sağlanamaması halinde bakım güvence sisteminin araçlarının işlevselliğini sağlamak. Sosyal bakım güvence sisteminin hizmet ivazı ve nakit

ivazı olmak üzere iki temel vasıtası bulunmaktadır. Hizmet ivazı, maddi olmayan ve çoğu zaman ücretsiz ya da kısmi ücretli olarak sunulan kurumsal ve/veya eve yönelik profesyonel sosyal bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Nakdi ivaz ise nakit olarak yapılan parasal ödemeler olup bakıma muhtaçlara, yardıma ve bakıma muhtaçlık derecelerine göre sağlanan nakdi desteği ifade etmektedir. Nakdi ivazlara bakım ödeneği/parası örnek olarak gösterilebilmektedir.

Evde bakım hizmetleri sosyal güvenlik sistemi içinde yer almış olmasına karşın ülkelerin sistem, yapı, finansman, organizasyon, kalite ve denetim mekanizmaları değişkenlik göstermektedir. Ayrıca bakım güvencesinin bütünüyle sosyal sigorta yoluyla karşılandığı ülke örneği mevcut değildir. Sosyal sigorta primleri çoğunluğu oluşturmakla birlikte, kimi zaman özel bakım sigortası ya da vergilerle desteklenen uygulamalara da yer verilmektedir (Oğlak, 2007: 100). Bu bağlamda ülkelerin evde bakım hizmetleri uygulamalarını, esas olarak primli modeli benimseyen ülkeler ve esas olarak primsiz modeli benimseyen ülkeler şeklinde ikili bir ayırımı tabi tutarak incelemek uygun bir yaklaşım olacaktır.

### **2.2.1. Esas Olarak Primli Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri**

Primli modelde, bakım sorununa karşı bakım güvencesi sosyal sigortalar sistemi içerisinde kurulmuş bir yapı sağlanmaktadır. Bu yapı, genelde sağlık sigortası içinde bakım hizmetleri sunmak veya müstakil bir bakım sigortası ihdas etmek şeklinde kendini göstermektedir (Seyyar, 2008c: 30).

Primler yoluyla finansmanın esas olduğu bu modelde, ihtiyaca ve prim oranına göre bakıma muhtaç kişilere evde veya kurumda sosyal bakım hizmetleri ve(ya) nakit yardımı (bakım ödeneği) sağlanmaktadır (Seyyar, 2004: 157).

Fakat yukarıda da belirtildiği üzere bütünüyle primli sistemi benimseyen ülke örneği mevcut değildir. Bu bağlamda esas olarak primli rejim çerçevesinde bakım sigortası aracılığıyla bakıma muhtaç kişilere değişik hizmetler ve güvenceler sağlayan ülkeler arasında Almanya, Japonya, İsrail, Amerika Birleşik Devletleri ve Hollanda sayılabilmektedir.

### 2.2.1.1. Almanya’da Evde Bakım Hizmetleri

Japonya’dan sonra yaşlı nüfusun en fazla olduğu ikinci ülke olan Almanya’da, 2008 verilerine göre 82 milyon 179 bin olan nüfusun, % 20.1’ini 65 yaş üstü nüfus, % 4.7’sini ise 80 yaş üstü nüfus oluşturmaktadır. 65 yaş üstü nüfusun oranının 2035 yılına gelindiğinde % 30.2’ye, 2060 yılına gelindiğinde ise % 32.5’e yükseleceği tahmin edilmektedir. 80 yaş üstü nüfusun oranının ise 2035 yılına gelindiğinde % 8.9’a, 2060 yılına gelindiğinde ise % 13.2’ye yükseleceği öngörülmektedir (EUROSTAT, 2008).

Bir anlamda şu an Almanya’da yaşayan her beş kişiden birisi yaşlı<sup>16</sup> iken, yakın gelecekte her üç kişiden birisi yaşlı kategorisine dahil olacaktır. Doğurganlık oranının azalması ve beklenen ortalama yaşam süresinin artması böyle bir tablo ortaya çıkarmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine (WHO, 2006: 1) göre; Almanya’da ortalama yaşam süresi kadınlar için 81.6, erkekler için ise 75.6 olup oldukça yüksektir. Bu demografik tablo Almanya’da bakım sorununun uzun yıllar güncelliğini sürdüreceğini göstermektedir.

Alman sağlık sisteminin kökenleri tüm ulusu kapsayan zorunlu sağlık sigortasının oluşturulduğu tarih olan 1883 yılına kadar uzanmaktadır (WHO, 2006: 30). Bakım sigortası Almanya’da 01.01.1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sosyal sigortalar sistemi içinde hastalık sandığı çatısı altında oluşturulan sosyal bakım sigortası, hastalık sigortasına dahil olan herkesi otomatik olarak kapsamaktadır. Alman nüfusunun % 90’ı sosyal bakım sigortasına dahil olmakla birlikte, % 9’u özel bakım sigortasına sahip bulunmaktadır (Arntz ve diğ., 2007: 2).

Alman bakım sigortasının finansmanı, diğer sosyal sigorta türlerinde olduğu gibi, işçi ve işverenlerden alınan primlerle sağlanmaktadır. Alman bakım sigortasının prim oranı % 1,7 olup, işçi ve işveren prim payı eşittir. Bakım sigortası kapsamına giren bağımlı çalışanların bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri de prim ödemeksizin sigorta kapsamına dahil edilmektedir (Seyyar, 2004: 159).

Bakım sigortasının hizmetlerinden yararlanabilmek için son 10 yıl içerisinde en az 5 yıl sigorta primi ödenmiş olması gerekmektedir. Fakat kişi bir bakım sigortasında sigortalı değilse ya da prim ödeme gün sayısı koşulunu yerine getiremiyorsa ve bakıma muhtaç

---

<sup>16</sup> 65 ve üzeri yaş grubunda olan kimse.

hale geldiğinde kendisinin ya da yakınlarının maddi imkanları bakım masrafları için yeterli değilse, bu durumda masrafları ilgili Sosyal Yardım Kurumu üstlenmektedir (Verein für Internationale Freundschaften e.V., 2005: 4).

Federal idareler hizmetlerin ve bakım kurumlarının kaliteli ve etkin olduklarının güvencesini vererek, verimli ve uygun maliyetli bir bakım altyapısı sağlamakla yükümlüdürler. Bakım desteğinde eşitsizlikleri önlemek ve Almanya'nın her bölgesinde uzun süreli bakım hizmetinin düzenli bir şekilde verilmesini sağlamak Federal Hükümet, eyaletler ve yerel yönetimlerin ortak görevidir. Bu tüm yerel, kamu, özel ve kar amacı gütmeyen bakım kurumlarının yatırım maliyetlerinin üstlenilmesini de kapsamaktadır (Arntz ve diğ., 2007: 3).

Alman Bakım Sigortası, yerel idarelere bakıma muhtaç ve bakıma muhtaçlık riski taşıyan kimseler ile onların ailelerine yönelik danışma hizmetleri vermelerini zorunlu kılmıştır. Bunun yanı sıra yerel idarelerin iki fonksiyonu daha bulunmaktadır: Bunlardan ilki; bakım sigortası ve bakım hizmetlerini insanlara tanıtmaları, ikincisi ise kapasiteleri ölçüsünde bir sosyal güvenlik kurumu gibi hareket edip bakım hizmetleri vermeleridir (Knüver ve Merfert, 2002: 145, 146).

Almanya'da bakım sigortası kapsamında evde bakım ve kurumda bakım hizmetleri verilmektedir. Fakat özellikle 1970'lerden itibaren sürekli artan hastane ve bakım evi maliyetleri, Bakım Sigortası Yasası ile birlikte evde bakıma öncelik verilmesini beraberinde getirmiştir (Ewers, 2002: 309).

Alman yasalarına göre; bedensel, zihinsel ya da ruhsal hastalığı veya özrü olanlar, günlük yaşamdaki olağan ve sürekli tekrarlanan işlerde yardıma muhtaç olanlar, önemli derecede veya büyük ölçüde sürekli yardıma ihtiyacı olanlar (en az 6 ay için) bakıma muhtaç kişi sayılmaktadırlar<sup>17</sup> (Verein für Internationale Freundschaften e.V., 2005: 4).

---

<sup>17</sup> Yasa, bakıma muhtaç kişinin, başka birinin sürekli bakımına ihtiyaç duyması halini tahmini olarak asgari 6 ay şeklinde belirtmiştir. Bakıma muhtaçlık halinin bu süreden daha az devamı halinde bakıma muhtaç kişi bakım yardımlarından yararlanamaz. Buna göre, kişinin fiziki bağımlılığının rehabilitasyon programları gibi değişik tedavi yöntemleriyle 6 ay zarfında ortadan kaldırılması mümkün ise bakıma muhtaçlıktan bahsedilemez. Çünkü bakıma muhtaçlık halinde esas olan başkalarına sürekli bağımlılıktır. Bu bağımlılık da en azından 6 ay sürmelidir. Ancak buna istisna olarak, 6 aydan daha az yaşayacağı tahmin edilen bir bakıma muhtaç kişinin bakım yardımlarından bakımının başladığı tarihten itibaren yararlanması mümkündür (Seyyar, 1999).

Evde bakım hizmetleri kapsamında, evde yaşamak isteyen bakıma muhtaç insana, periyodik olarak profesyonel bakım uzmanları tarafından, bakıcı aile bireylerinin yükünü hafifletmek ve daha sağlıklı bakım hizmeti verebilmek için harici bakım hizmetleri sunulmaktadır (Seyyar, 2004: 159). Bu hizmetler; temel bakım olarak nitelendirilen vücut bakımı (duş, banyo, yıkama), beslenme (yemek hazırlama, yedirme, yardımcı olma), hareketlilik (ayakta durmasını sağlama, yürütme, kaldırma, yatırma) hizmetlerinin yanı sıra ev işleri idaresi olarak nitelendirilen (alışveriş, yemek yapma, ev temizliği) hizmetlerini kapsamaktadır (Duisburger Pflage team, 2005: 6).

Bakım sigortası çeşitli yardım olanakları sunmaktadır. Bu yardımın öncelikli amacı, bakıma muhtaç kişinin mümkün olduğunca uzun süre evinde kalmasını sağlamaktır. Yardım türünü bakıma muhtaç kişi kendisi seçebilmektedir. Buna ilişkin aşağıdaki imkanlar mevcuttur:

- **Parasal yardım:** Bakıma muhtaç kişi, kendisinin bakım ihtiyaçlarını karşılayacak olan (aileden ya da tanıdıklarından gönüllü biri) kişiye ödeme yapabilmek için bakım sigortasından para alır. Para yardımı aldığında, her altı ayda bir danışmanlık ziyareti yapılarak, iyi bir bakımın yapılması denetlenir ve güvence altına alınır.
- **Maddesel yardım:** Bakıma muhtaç kişinin evdeki bakımının gezici bakım hizmeti veren (profesyonel bakıcı) kişiler tarafından yapılması sağlanır.
- **Birleşik yardım:** Parasal yardım ile maddesel yardımı kapsayan bu türde, bakımın bir kısmı profesyonel bakıcı tarafından yapılır ve parasal yardım ise bakıma muhtaç kişinin bakım parası olarak serbest kullanması için verilir (Verein für Internationale Freundschaften e.V., 2005: 5).

Almanya’da evde bakım hizmeti alan insanların % 79’u nakdi, % 11’i birleşik, % 9’u ise sadece maddesel yardım (hizmet) almayı tercih etmektedir (Schmid, 2005: 194).

Bakıma muhtaç insanın sürekli bakımını üstlenen bakıcının hastalanması veya izne çıkmak istemesi gibi durumlarda, başka bir profesyonel bakıcı geçici bir süre için temin edilmekte ve bu bakıcının ücreti de bakım sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bakıma muhtaç insanın bakımını kolaylaştırmak, şikayetlerini gidermek ve hayatını bağımsız olarak idare edebilmesine yardımcı olmak için kendisine ve/veya aile bireyelerine araç-

gereç yardımı yapılmasının yanı sıra bakımı kolaylaştırmak için zaruri görülen her türlü tadilat ve tamiratlar için nakdi destekte bulunmaktadır (Seyyar, 2004: 164).

Almanya'da 1 milyondan fazla insan, evde aile fertlerinden birinin bakımını üstlenmiş durumda bulunmaktadır. Çoğu kadın olan bu bakıcılar, ya kendi başlarına ya da profesyonel bir bakıcı desteği ile bakım hizmetini yerine getirmektedirler (Aydın, 2005: 42). Bakım sigortası, bakım hizmetini yerine getiren aile fertleri ya da gönüllü bakıcılar için bakım kursları düzenlemektedir (www.aok.de).

Ayrıca haftada en az 14 saat bakım hizmetinde bulunan aile fertleri/gönüllü bakıcılar sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmaktadırlar. Bunun yanında bakım sigortası, evdeki bakıcıları bakım hizmetlerinde buldukları sürece prim ödemeksizin kanuni kaza sigortası kapsamına dahil etmektedir (Seyyar, 2000: 15).

Bakıcı aile fertlerinin ev dışında sosyo-kültürel ihtiyaçlarını (eğitim, tatil, dinlenme, akraba ziyareti vb.) karşılayabilmeleri için yılda azami 4 hafta olmak koşuluyla bakıma muhtaç kişinin tercih edeceği herhangi bir bakım yurdunda kısa süreli tam gün kurumsal bakım hizmetinden ücretsiz olarak yararlanması mümkün bulunmaktadır. Bunun yanı sıra bakıma muhtaç kimsenin sağlık durumunda olumsuz gelişmeler görüldüğünde ya da bakıcı aile bireyinin gündüz veya gece çalışması durumunda kısmi kurumsal bakım hizmetleri de bulunmaktadır (Seyyar, 2004: 165).

Bakım sigortası, kısmi kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanmak isteyen bakıma muhtaç kimselere, bakıma muhtaçlık derecelerine göre nakdi destekte bulunmaktadır. Ancak kişinin ağır derecede bakıma muhtaç olması, evde bakım verecek kimsenin olmaması ya da olduğu halde bakım hizmetini yerini getirememesi gibi durumlarda bakıma muhtaç kişinin tam gün kurumsal bakım hizmeti alması kaçınılma hale gelmektedir. Tam gün kurumsal bakım hizmetlerinin önemli bir bölümü bedelsiz olarak sunulurken, toplam bakım giderlerinin % 25'ine kadar kısmını bakıma muhtaç kişi ödemektedir (Seyyar, 2004: 166).

### **2.2.1.2. Japonya'da Evde Bakım Hizmetleri**

Bakıma muhtaçlık sorunu, sadece Batı ülkelerini ilgilendirmemektedir. Coğrafya bakımından ayrı bir bölgede olan Japonya, dünyada yaşlı nüfusun en fazla ve ortalama yaşam süresinin de en yüksek olduğu ülkedir. Japon İstatistik Kurumu'nun yayınladığı



2008 yılı verilerine göre 127.69 milyon olan Japonya nüfusunun % 22.1'ini 65 yaş ve üzeri yaş grubu insanlar oluşturmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde bu oranın % 31.8'e, 2050 yılına gelindiğinde ise % 39.6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Japonya'da ortalama ömür ise kadınlar için 86.1, erkekler için 79.3'tür (Japan Statistics Bureau, 2009: 10-15).

Geleneksel Japon kültüründe yaşlıların bakılmasında birincil sorumluluk aile fertlerine, özellikle de gelinlere aittir. Dolayısıyla geçmişte profesyoneller tarafından evde bakım hizmeti verilmesi rağbet görmeyen bir yaklaşımdı. Ancak yaşlı nüfusun hızla artması, ailesiyle yaşayan yaşlı sayısının hızla azalması, kadınların çalışma hayatında artan rolü ve kadın hakları konusunda bilinç sahibi olmaları bu geleneksel yapıyı sarsmaya başlamıştır (Campbell ve Ikegami, 2003: 22).

Yaşlı nüfus artışının yanı sıra Japonya'da aile yapısı da küçülmekte, ailelerinden kötü muamele gören, aileleri tarafından ihmal edilen ve yalnız yaşayan yaşlıların sayısı da hızla artmaktadır (Murashima ve diğ., 2003: 407, 408). Ayrıca yaşlı nüfusun artışı ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarının hızla artması Japon sağlık sisteminin ciddi bir ekonomik krizle karşı karşıya gelmesine neden olmuştur (Murashima ve diğ., 2002: 94).

Campbell ve Ikegami (2003: 22), bakım sigortası ihdas edilmeden önce Japonya'da hastane maliyetlerinin çok yüksek olduğunu, hastanede yatan hastaların yaklaşık yarısını 65 yaş üstü insanların oluşturduğunu, bunların üçte birinin de bir yıldan daha uzun bir süreden beri hastanede yattığını belirtmektedirler. Murashima ve diğ. (2002: 94) de Japonya'da bakım sigortasının yasalaşmasının nedenleri arasında günümüzde bakım verme hizmetlerinin sadece sağlığı ilgilendiren bir konu olarak değil, bir sosyal sorun alanı olarak görülmeye başlaması yönündeki anlayış değişikliğinin önemini de vurgulamaktadırlar.

Japonya'da uzun süreli bakım sigortası kurulmadan önce bakım hizmetlerini belediyeler ve sivil toplum kuruluşları icra etmekteydi (Talcott, 2002: 94). 1970'lerin ikinci yarısında, bazı düşünceli hemşireler belediyeler ile işbirliği içerisinde, taburcu olmuş ve yatalak yaşlı insanları sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla evlerinde ziyaret etmeye başlamışlardır. Ev ziyaretleri sırasında hastaların ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olmuş, ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerinin türleri konusunda öngörü geliştirmişlerdir. Onların

bu çabalarının bir sonucu olarak, 1983 yılında çıkarılan Yaşlılar için Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ile hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin ücretinin sağlık sigortası tarafından karşılanması hükme bağlanmıştır. Evde bakım hizmetlerinin yönetimi de belediyelere verilmiştir. 1990 yılında Altın Plan ile gündüz bakım hizmetleri, ev yardımcıları ve geçici bakım hizmetleri altyapısı üzerinden evde bakımın önemi üzerinde durulmuştur. 1992 yılında ise 1983'te çıkarılan yasa revize edilmiş, yasada hastaların evi sağlık hizmeti alınacak en uygun yer olarak tanımlanmış, böylece evde bakım hemşireliği yasal zemine oturtulmuştur. 1992'den itibaren evde hemşire bakımı hizmetleri ziyaretçi hemşire hizmetleri merkezlerinde, hastanelerde, belediyelerde veya özel şirketlerde çalışan hemşireler tarafından sağlanmıştır. 1994 yılına gelindiğinde uzun süreli bakım sigortası yasası oluşturulması için çalışmalara başlanmıştır. Bu çalışmaların sonucunda Aralık 1997'de Uzun Süreli Bakım Sigortası yasalaşmış, Nisan 2000'de ise yürürlüğe konmuştur (Murashima ve diğ., 2002: 95).

Japon Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı'na göre uzun süreli bakım sigortasının ihdas edilmesinin iki sebebi bulunmaktaydı: Birincisi, artan sigorta giderleri için istikrarlı bir fon sağlamak. İkincisi ise insanların gerekli refah ve sağlık hizmetlerini aldığı kullanıcı odaklı bir sistem oluşturmaktı (Ogawa, 2006: 286).

Japon bakım sigortası yaşlı nüfusun bağımsızlığını desteklemek ve kurumsal bakım yerine evde bakımı teşvik etmek için tasarlanmış olup (Kolanowski, 1997: 39), aşağıdaki esaslar üzerine kurulmuştur:

- “Bakımın Toplumsallaşması”, bakıma muhtaç yaşlıların bakım sorumluluğunun önemli bir bölümünü devletin üstlenmesi
- Sosyal politika açısından yerel yönetimlerin özerklik ve yönetim kapasitesinin genişletilmesi
- Kar odaklı şirketlerin tercih edilmesi dahil, kişilere özgür seçim hakkı tanıyarak tüketici tercihlerinin ve rekabetin geliştirilmesi
- Masrafların sigorta primleri ve ortak ödemeler aracılığıyla yaşlılar tarafından paylaşılması

- Tıbbi bakım hizmetlerinin sosyal hizmetler ile bütünleştirilmesi (Campbell ve Ikegami, 2000: 31; Campbell ve Ikegami, 2003: 21).

Japon Bakım Sigortası oluşturulurken demografik ve ekonomik nedenlerden ötürü Alman Bakım Sigortası model olarak alınmıştır (Campbell, 2002). Ancak Japon Bakım Sigortası ile Alman Bakım Sigortası arasında bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Bunlardan ilki; Japon Bakım Sigortası, Almanya'daki gibi hastalık sigortası sandığı çatısı altında değil, ayrı bir şekilde düzenlenmiştir. Ayırımın yapılması ile yaşlı ve genç nüfus arasındaki eşit olmayan sağlık masraflarının hem kendi içindeki dağılımının daha adil hale getirilmesi, hem de sınırlandırılması amaçlanmıştır (Seyyar, 2006: 144). İkincisi; Alman Bakım Sigortası'ndan farklı olarak, Japon Bakım Sigortası her yaştaki engellileri sigorta kapsamına dahil etmemiştir. Bunun nedenini Campbell ve Ikegami (2003, 24), Japonya için öncelikli ve acil çözümlenmesi gereken sorun alanını yaşlıların oluşturmasına bağlamaktadırlar. Japon Bakım Sigortası, 40 yaş ve üzeri olup felç, Parkinson hastalığı, erken başlayan Alzheimer gibi hastalıklardan muzdarip, en az 6 ay bakıma ihtiyaç duyan insanları ve 65 yaş üzerinde olup yine en az 6 ay bakıma muhtaç olan herkesi kapsamına almıştır. Dolayısıyla 40 yaş ve üstü herkes sisteme katkıda bulunmak mecburiyetindedir. Yine Alman Bakım Sigortası'ndan farklı olarak Japon Bakım Sigortası, bakım veren aile bireylerine bakım parası ödememektedir (Campbell ve Ikegami, 2000: 27; Campbell ve Ikegami, 2003: 26).

Japon Bakım Sigortası, hem evde bakım hem de kurumda bakım masraflarını karşılamaktadır. Sigortanın karşıladığı evde bakım hizmetleri; ev işlerine yardım, ziyaretçi hemşire, rehabilitasyon ve banyo gibi temel bakıma yönelik hizmetler ile ve gündüz bakımı, geçici bakım ve demanslı hastalar için grup bakımı hizmetlerini içermektedir. Uzun süreli bakım sigortası, bakım için gerekli ya da bakımı kolaylaştıracak olan ev içinde yapılması gereken tadilat ve düzenlemeleri de karşılamaktadır (Murashima ve diğ., 2003: 409).

Japon Bakım Sigortası'nın %50'si merkezi yönetimin ve yerel yönetimlerin topladığı genel vergilerden, %32'si (40 ile 64 yaş arasındaki) çalışanlardan, %18'i ise (65 yaş ve üstü) emeklilerden alınan katkı paylarıyla finanse edilmektedir (OECD, 2005: 84).

40 ile 64 yaş arasındaki kimseler sağlık sigortası primlerine ek olarak % 0.9 bakım sigortası primi ödemektedirler. Bu prim oranı işveren ile paylaşılmaktadır. 65 yaş ve

üstü kimselerin primleri ise emekli maaşlarından kesilmektedir. Prim oranı, gelire göre değişmekle birlikte ayda yaklaşık 26 Dolar'dır (Campbell ve Ikegami, 2000: 31, 32).

Japonya'da bakım sigortasının yönetimi belediyelere verilmiştir. Japonya'daki belediyelerin çoğu çok küçük olmakla birlikte, aralarında hem risk havuzları ve yönetim kapasiteleri hem de yaşlı dağılımı ve kaynak dağılımı açısından büyük farklılıklar bulunmaktadır. Hükümet ortak yönetim planları ve mali mekanizmalar yoluyla bu farklılıkları dengelemeye ve risk ayarlaması yapmaya çalışmıştır. Buna göre; 40 yaşından 64 yaşına kadar olan kimseler tarafından ödenen primler ulusal fon havuzunda toplanır ve belediyelere, belediyenin nüfus yapısına ve gelirlerine göre, tahsis edilir. Ayrıca belediyelere ciddi açıklarında yardım etmek amacıyla kurulan ek bir fon bulunmaktadır (Campbell ve Ikegami, 2000: 32).

Sigortacının, yani belediyenin, uzun dönemli bakım sigortası hizmetlerine ne kadar harcama yapacağını belirleme noktasında resmi sorumluluğu bulunmaktadır. Belediyeler, masraflarını karşılayacak oranda vergi belirleme yetkisine sahiptirler. Fakat bunu yaparken kişilerin gelir durumunu göz önünde bulunduran artan oranlı vergi sistemini uygularlar. Buna göre, yüksek gelir grubundan daha yüksek, düşük gelir gruplarından daha düşük vergi toplar, çok düşük gelir grupları için ise sosyal yardım fonlarını kullanırlar (OECD, 2005: 84). Ayrıca eğer belediye daha fazla hizmet sağlamak isterse, daha fazla vergi toplama yetkisine de sahiptir. Fakat hem hizmet sağlama, hem de vergi toplama konularında seçmenlerine karşı sorumludur (Campbell ve Ikegami, 2000: 32).

Bakım Sigortası'ndan yararlanmak isteyen kişiler ya da aileleri belediyeye müracaat etmek zorundadırlar. Müracaattan sonra başvuru sahibinin fiziksel ve ruhsal durumuna yönelik yerinde değerlendirme yapılır. Sigortadan yararlanmak isteyen kişiye 85 maddeden oluşan bir değerlendirme formu doldurtulur ve doldurtulan bu form hükümetin ilgili bilgisayar programında analiz edilerek, kişinin durumunun altı bakıma muhtaçlık derecesinden hangisine uyduğu tespit edilir. Birinci uygunluk derecesi, yardıma gereksinim duyan bireylere yönelik koruyucu hizmetleri içerirken, diğer beş uygunluk derecesi bakıma gereksinim duyan bireyler için daha kapsamlı hizmetler içermektedir. Fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve doktorlardan oluşan bir uzman bakım heyeti başvuru sahibinin doktor raporunu da dikkate alarak

sınıflandırmayı yeniden gözden geçirerek bir karar verir. Bu uygunluk derecesi altı ayda bir yeniden değerlendirilmek zorundadır. Nihai karar, başvuru sahibine başvurusundan itibaren 30 gün içerisinde bildirilir. Başvuru sahibi karardan memnun olmazsa, itiraz etme ve mahkemede dava açabilme hakkına sahiptir. Her bakıma muhtaçlık derecesine göre önceden belirlenmiş cömert sayılabilecek bir parasal ödeme yapılmaktadır. Hizmeti alan kişi buna %10'luk bir katkı ile katılmaktadır. Bakım hizmetlerinde, görevleri kişiye özel haftalık bakım planlarını oluşturup yazmak olan, bakım yöneticileri çok önem bir role sahiptirler (Campbell ve Ikegami, 2000: 33).

Japonya'da özel şirketler de evde bakım hizmetleri alanına katılmışlardır. 2000 yılında bakım sigortası yürürlüğe girdikten sonra evde bakım hizmetlerine yönelik merkezler kuran özel şirketlerin sayısı hızla artmaya başlamıştır. 1999'dan önce 81'den az olan sayı, 2000 yılı ile birlikte 290'a çıkmıştır (Murashima ve diğ., 2002: 96).

### **2.2.1.3. İsrail'de Evde Bakım Hizmetleri**

2008 yılı verilerine göre 7 milyon 374 bin olan İsrail nüfusunun %9.7'sini 65 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. 2025 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üstü kişilerin İsrail nüfusu içindeki oranının % 12.7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. İsrail'de ortalama yaşam süresi ise erkekler için 79.1, kadınlar için ise 83'tür (Central Bureau of Statistics, 2009: 11).

1970'ler süresince İsrail'de sosyal hizmetler alanında büyük ilerlemeler kaydedilmiş ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler önem kazanmaya başlamıştır. 1980'lere gelindiğinde sosyal hizmetlerdeki genel büyüme durma noktasına gelmiş olmasına rağmen, yaşlılara yönelik sosyal hizmetler hızla artmaya devam etmiştir (Brodsky ve diğ., 1995: 2).

İsrail'de yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin sorumluluğunu kamu kurumları ile gönüllü organizasyonlar paylaşmaktadırlar. Yaşlı bakımı ile ilgilenen başlıca devlet kurumları; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ve Ulusal Sigorta Enstitüsü (İsrail Sosyal Güvenlik Kurumu)'dür. Yaşlılara yönelik hizmetler veren en büyük gönüllü organizasyonları ise İbrani İşçileri Genel Birliği Kupat Holim Hastalık Fonu (Histadrut), İsrail Yaşlı Hizmetleri Planlama ve Geliştirme Derneği (JDC-ESHEL) ve yaşlı hizmetleri için Histadrut'un bir bölümü olan (MISHAN) gibi büyük sandıklar

oluşturmaktadır. Ayrıca ülke genelinde yaşlılara hizmet veren çok sayıda daha küçük gönüllü kuruluş ve yerel dernek de bulunmaktadır (Brodsky, 1995: 4).

Yaşlı hizmetleri ile ilgili en büyük sorumluluk Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'na aittir. Bakanlık bakıma muhtaç kişilere yönelik kurumsal bakım hizmetleri ve gündüz bakım evlerinin yanı sıra evde bakım hizmetlerinden de sorumlu olup, hizmetlerini yerel yönetimler tarafından yönetilen ve İsrail Hükümetinin Bakanlığa aktardığı belli bir bütçe sınırı çerçevesinde hareket eden yerel sosyal hizmet ofisleri ağları aracılığıyla yerine getirmektedir.

Sağlık Bakanlığı, fiziksel ve zihinsel engelliler ile yaşlılara yönelik kuruluşlardan, psikogeriatik kliniklerin işleyişinden, aile sağlığı kliniklerindeki önleyici hizmetlerin geliştirilmesinden sorumlu olup, hizmetlerini bölgesel kamu sağlık ofisleri aracılığıyla yürütmektedir.

Ulusal Sigorta Enstitüsü ise yaşlılar için emeklilik sigortasını ve uzun dönemli bakım sigortasını yönetmekle görevlidir (Brodsky, 1995: 4; Borowski and Schmid, 2000: 53).

Diğer ülkelere oranla genç nüfus oranı çok daha yüksek ve yaşlı nüfus oranı çok daha düşük olmasına karşın İsrail nüfusu çok hızlı yaşlanmaktadır. 1948 yılında İsrail devleti kurulduğunda 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranı % 3 iken, günümüzde % 10'lara ulaşmıştır (Borowski and Schmid, 2000: 52). Ayrıca her ne kadar evde bakım hizmetleri 1970'lerde uygulanmaya başlamışsa da hizmetlerin yetersizliği, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak oluşu, ayrıca bakım hizmetlerinin büyük bir kısmının bakım veren aile bireylerinin sırtına yüklenmesi bakım sigortasının çıkartılmasında etkili olmuştur (Schmid, 2010: 1).

İsrail Uzun Dönemli Bakım Sigortası Nisan 1988'de yürürlüğe girmiştir. Fakat İsrail Parlamentosu bundan önce Bakım Sigortası'na yönelik Nisan 1980'de bir çerçeve yasa çıkarmıştır (Borowski and Schmid, 2000: 51). Bu çerçeve yasa Nisan 1980'de parlamentodan geçmesine rağmen, Bakım Sigortası primlerinin toplanması 1982 yılında, sigortadan ilk harcamaların yapılması ise 1986 yılında başlamıştır. Dolayısıyla diğer bazı sosyal sigorta kollarının aksine, uzun dönemli bakım sigortası birikmiş bir kaynakla yürürlüğe girmiştir (Borowski and Schmid, 2000: 54).

Uzun dönemli bakım sigortası yasasının temel amacı toplumdaki bakıma muhtaç yaşlılara ve onlara bakım veren aile bireylerine kişisel bakım ve ev işleri yardımı hizmetleri aracılığıyla yardım etmek ve hastane ve kurumsal bakım hizmetlerine olan talebi azaltmaktır (Borowski and Schmid, 2000: 53; Schmid, 2005: 194). Nitekim Shnoor vd. (2007), 73'ü evde, 73'ü hastanede bakım alan toplam 146 terminal dönemdeki hasta ile yaptıkları bir araştırmada evde bakımın hastanede bakıma oranla dörtte bir oranda daha düşük maliyeti olduğunu ortaya koymuşlardır.

İsrail Bakım Sigortası'nın kapsamına girmek için öncelikle kadınlar için en az 60, erkekler için ise en az 65 yaşında olmak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda büyük oranda ya da tamamen başkalarının yardımına bağımlı olmak (Schmid, 2005: 192) ve daimi ikametgâhın İsrail devleti olması gerekmektedir. Sigorta ancak 65 yaşına ulaştıktan sonra İsrail'e göç eden göçmenleri kapsamaktadır (Schmid, 2010: 2).

Yasa, başlangıçta işverenlerin ve işçilerin her birinin % 0.1 bakım sigortası primi ödemelerini öngörmüştür. Fakat işçilik maliyetlerinin işverenler üzerindeki yükünün artması konusundaki endişelerden ötürü, Nisan 1990 yılında işverenin bakım sigortası prim payı % 0.06'ya düşürülmüş, geri kalan % 0.04'lük kısmı devlet üstlenerek sisteme dahil olmuştur. Fakat işçilerin payı % 0.1'de kalmıştır (Borowski and Schmid, 2000: 53; Schmid, 2005: 192).

Bakım sigortası çok sınırlı durumlar hariç, ne nakdi ödeme ne de nakdi ödeme alma fırsatı sunmaktadır. Bunun yerine belirli aynı nitelikli hizmetler sağlamaktadır. Bu hizmetler kişisel bakım, ev işlerine yardım, refakat, yatağa yatırma, kaldırma, oturmasına yardım etme, gündüz bakım merkezlerinde bakım alma, çamaşır hizmetleri, tek kullanımlık emici iç çamaşırları temini ve kişisel alarm birimleri hizmetlerini içermektedir (Borowski and Schmid, 2000: 55). Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından finanse edilen ve Ulusal Sigorta Enstitüsü'nden bir kişi, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir halk sağlığı hemşiresinden oluşan yerel meslek komiteleri evde bakım hizmetlerini planlamakla yükümlüdürler (Schmid, 2010: 4).

İsrail'de evde bakım hizmeti alanların % 80'i aynı destek/hizmet almaktadırlar ve İsrail Bakım Sigortası'nın diğer bazı ülke uygulamalarında olduğu gibi nakdi ödemeler konusunda esnek hükümler içermesi gerektiği konusunda önemli tartışmalar

bulunmaktadır. Buna yönelik, İsrail hükümeti bir pilot çalışma başlatmıştır. Mart 2008'den beri İsrail'in üç bölgesinde yürütülen ve iki yıl sürmesi planlanan bu pilot çalışmada, bakıma muhtaç yaşlı sakinler aynı yardımlar/hizmet yerine nakdi ödeme almayı tercih edebilmektedirler (Schmid, 2010: 3).

İsrail'de bakım hizmetlerini daha çok kadın aile bireyleri vermektedirler. Fakat bakım sigortasının yasalaşması ile birlikte bakım veren aile bireylerinin yükü hafiflemiştir (Schmid, 2010: 9). Bakım Sigortası'ndan önce İsrailli aileler bakıma muhtaç yaşlılarına haftada ortalama 20-45 saat bakım hizmeti vermekteyken (Brodsky and Habib, 1997: 153), Bakım Sigortası ile birlikte haftada ortalama 10-15 saat evde bakım hizmeti sunmaya başlamışlardır (Borowski and Schmid, 2000: 55).

İsrail'de evde bakım hizmeti çalışanlarının % 30'u gönüllü organizasyonlardan, % 70'i özel sektörden temin edilmektedir. Bundan yirmi yıl önce evde bakım sektörüne gönüllü kuruluşlar hakimdi ve özel sektörün payı çok düşüktü. Fakat ülkedeki özelleştirme süreci tabloyu tam tersine çevirmiştir (Schmid, 2010: 4).

Evde bakımı hemşirelerin verdiği birçok ülkenin tersine İsrail'de bu hizmetler çoğu yabancı işçilerden oluşan ve aynı zamanda temel ev işleri görevlerini de yerine getiren paraprofesyoneller (amatör fakat profesyonel bir şekilde hizmet sunmaya çalışan kimseler) tarafından verilmektedir (Brodsky and Habib, 1997: 151). Araştırmalar göstermektedir ki; İsrail'de evde bakım hizmetlerinde çalışanların hemen hemen hepsi düşük eğitilmiş ve asgari ücret alan kadınlardan oluşmaktadır. Ortalama 40 yaş civarında olan bu çalışanların çoğu tam zamanlı çalışmamakta, kazandıkları yıllık gelir ile yoksulluk sınırının altına düşmektedirler. Çok düşük iş güvenceleri, birkaç yan ödemeleri, sınırlı eğitim ve kariyer olanakları bulunmaktadır (Schmid, 2010: 14).

Mart 2009 verilerine göre 135.336 kişi evde bakım hizmetlerinden yararlanmış olup, bunların % 70'ini kadınlar, % 30'unu ise erkekler oluşturmaktadır. Bu rakam 1989'daki rakamın altı katıdır. Hizmetlerden yararlanan kişilerin % 82'sini 75 yaş üzeri kimseler oluşturmaktadır. % 47'si yalnız, % 39,8'i eşiyile, % 13,2'si ise oğluyula ya da kızıyla yaşamaktadır (Schmid, 2010: 5).

İsrail'de yaşlı hizmetleri yerel yönetimler, çeşitli hükümet kurumları, gönüllü hizmet sağlayan organizasyonlar, kar amacı güden özel şirketler, gayri resmi organizasyonlar



vb. tarafından sunulmaktadır. Bu kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliği hizmetlerin tekrarına ya da yetersiz uygulanmasına neden olmakta, bu da kaynakların israfı ve hizmet alanların memnuniyetsizliği ile sonuçlanmaktadır. Bu yüzden bu kurumlar arasında bir an önce koordinasyon sağlanmalı, hizmetler iş birliği içerisinde yürütülmelidir (Schmid, 2005: 199).

#### **2.2.1.4. Amerika Birleşik Devletleri'nde Evde Bakım Hizmetleri**

2009 yılı verilerine göre 309 milyon 101 bin olan Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun % 12,8'i 65 yaş ve üzeri kimselerden oluşmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranının % 19,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ortalama yaşam süresi ise erkekler için 75.6, kadınlar için 80.7'dir (U.S. Census Bureau, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde evde bakım hizmetleri 1700'lerin sonunda dini sorumluluklarla yoksul hastaların evlerine düzenlenen hemşire ziyaretleri şeklinde başlamıştır. 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri, ABD'de evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluş olmuştur. 1898 yılında Los Angeles Sağlık Departmanı'nın yoksul hastaları evlerinde ziyaret etmeleri amacıyla diplomalı hemşireleri ücretli olarak istihdam etmeye başlamasıyla devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır. 1900'lü yılların ortalarına gelindiğinde ABD'de yaşlı nüfusun, kronik hastalığı olan insanların ve engellilerinin sayılarının artması sebebiyle, sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırıcı bir sigorta sisteminin kurulması yönünde toplumsal baskı artmaya başlamıştır. Bu baskıya yanıt olarak 1965'de Medicare ve Medicaid yasalaştırılmıştır. Medicare ve Medicaid yasalaştıktan sonra ABD'de evde bakım hizmeti veren kuruluş sayısı da hızla artmıştır (Rice, 1996'dan akt. Cimete, 1998: 7-9).

Amerika Birleşik Devletleri'nde bugün evde bakım hizmetleri, Medicare, Medicaid ve özel sağlık sigortaları aracılığıyla sağlanmaktadır.

Medicare, 65 yaş ve üstü yaşlılar ile her yaştan engelli insanın bakımına yönelik federal hükümetin sağlık sigortası programıdır. Medicare kapsamında evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için evden dışarı çıkamayacak kadar bakıma muhtaç olmak gerekmektedir (Feder ve diğ., 2000: 44). Medicare'in yasalaşmasındaki temel

amaç, evde sağlık bakımının yaygınlaştırılarak hastanede yatış sürelerinin kısaltılmasıdır (Hartman ve diğ., 2007: 254).

Medicare dört bölümden oluşmaktadır:

A Bölümü (hastane sigortası), hastanede yatarak tedavi görmesi gereken kimseler için hastane, 6 ay ya da daha az ömrü kalan terminal dönemdeki hastalar için hospis ve evden dışarı çıkamayacak durumdaki bakıma muhtaç kimseler için evde bakım hizmetlerini kapsamaktadır. A bölümü hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da eşi çalıştığı süre boyunca Medicare primlerini ödemişse, bu hizmetler için ayrıca bir prim ödemeyecektir. Çalıştığı süre boyunca prim ödemiş kişilerin ise belirli şartlarda Medicare'in A Bölümü hizmetlerinden yararlanabilmeleri mümkün kılınmıştır (www.medicare.gov). Medicare kapsamındaki evde bakım hizmetleri, yarı zamanlı ya da aralıklı hemşire ziyaretlerini, tıbbi sosyal hizmetleri, fizik tedavi, mesleki terapi ya da konuşma terapilerini ve dayanıklı tıbbi ekipmanların teminini kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetleri kurumsal sağlık hizmetlerine göre daha düşük maliyetli olmakla beraber, insanlar tarafından da daha çok tercih edilmektedir (Hartman ve diğ., 2007: 254).

B Bölümü (medikal/tıbbi sigorta) bireyin hastalığının teşhis ve tedavi edilmesi için gerekli hizmetler ve malzemeler ile bazı önleyici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. B bölümü hizmetlerinden yararlanabilmek için bireylerin gelirlerine göre değişen primi her ay düzenli olarak ödemeleri gerekmektedir. B bölümündeki hizmetlerin bazıları, örneğin doktor ziyaretleri için, ayrıca ücret ödenmesi gerekmektedir.

C Bölümü, Medicare avantaj planlarından oluşmakta olup, Medicare tarafından onaylanmış özel şirketler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Medicare onaylı özel sağlık şirketleri, Medicare'in hem A, hem de B bölümlerindeki sağlık hizmetlerinin tümünün yanı sıra planın türüne göre farklı sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar.

D Bölümü, reçeteli ilaçlarla ilgili olup, Medicare'e sahip herkesin çeşitli reçeteli ilacı kapsayan planlardan birini seçmesi gerekmektedir (www.medicare.gov).

Medicaid, düşük gelirli vatandaşların uzun dönemli bakım masraflarını karşılayan ortak bir devlet programıdır. Medicaid programlarını eyaletler uygulamaktadır ve her eyaletin

Medicaid'den yararlanabilmek için belirlediği uygunluk kriterleri ile hizmet türleri farklıdır. Hak sahibi olma kuralları karışıktır ve sürekli değişmektedir (Metropolitan Life Insurance Company, 2004: 5). Medicaid'den yararlanabilmek için ya yoksul ya da uzun dönemli tıbbi bakım harcamaları yüzünden yoksul duruma düşmüş olmak gerekmektedir (Feder ve diğ., 2000: 44).

Medicaid, huzurevlerindeki uzun süreli kalış maliyetlerini karşılamakla yükümlüdür. Feder vd. (2000: 44), Medicaid'in huzurevlerinde kalan yaşlıların yaklaşık üçte ikisinin bakım masraflarını kısmen ya da tamamen karşıladığını belirtmektedirler. Basset (2007: 414), ABD'de Medicaid kapsamına girebilmek için tüm mal varlığını çocuklarının üzerine geçirip kendilerini yoksul gösteren yaşlılar bulunduğundan söz etmektedir.

ABD'de bakıma muhtaç kadınların oranı erkeklere oranla daha fazladır. Katz vd. (2000: 3027), bunun nedenini kadınların erkeklere oranla daha çok yalnız yaşamak zorunda kalmalarına bağlamaktadırlar. Ayrıca kadınlar evli bile olsalar, eşleriyle birlikte yaşasalar bile geleneksel bakıcı rolü kadına biçildiğinden bakım almaktan ziyade bakım verme rolüne sahip olmaktadır.

ABD'de evde bakım büyük bir sektör haline gelmiştir. Başlangıçta evde bakım hizmetleri Medicare bütçesinin küçük bir bölümünü kapsarken, harcamalar her yıl yaklaşık % 20 artmış, hızla büyümüştür. Örneğin 1989 yılında Medicare içindeki toplam evde bakım harcamaları 3.5 milyar Dolar iken, 1997 yılında 19 milyar Dolar'a ulaşmıştır (Leff and Burton, 2001: M603). Feder vd. (2000: 41), evde bakım hizmetlerindeki bu büyümeye rağmen, uzun dönemli bakım hizmetleri içerisinde kurumsal bakım hizmetlerinin (huzurevlerinin) hala egemen konumda olmaya devam ettiğine dikkat çekmektedirler.

Medicare evde sağlık bakımı hizmetlerinde, Medicaid uzun dönemli kurumsal bakım hizmetlerinde egemen olmaya devam etmektedir. Eyaletler bir yandan huzurevi bakımına sınırlar koyarak huzurevlerinin kullanımını azaltmak için, diğer yandan da evde bakımı yaygınlaştırmak için yıllardır mücadele vermektedirler. Ancak birçok eyaletin huzurevleri ile evde bakım hizmetleri arasındaki kaynak dağılımına yönelik politika girişimleri çok da başarılı olmamıştır (Feder ve diğ., 2000: 49).

ABD’de 1970’lerin başından itibaren özel uzun dönemli bakım sigortası kullanılmaya başlamıştır (Chen, 2003: 23). Günümüzde evde bakım hizmetleri sunmak için kurulmuş çok sayıda özel sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının evde bakım sektöründe faaliyet gösterebilmeleri için Medicare’den lisans almaları gerekmektedir. Medicare lisansı alabilmek için evde bakım kurumlarının bazı özerk teftiş kurumlarının değerlendirmesinden geçmesi gereklidir. Bu teftiş kurullarının başında Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) gelmektedir. Bu teftiş kurullarının belirlediği birçok kılavuz ve el kitabı, evde bakım organizasyonlarının teftişe hazırlanmalarına yardımcı olmaktadır (Tanlı, 1998: 306).

Özel sigorta kuruluşlarının evde bakım hizmetlerine yönelik çeşitli poliçeleri bulunmaktadır. Evde sağlık bakımı hizmet poliçeleri, farklı hizmet içeriği, hizmet süresi ve destek araç gereçlerini kapsamasına göre, farklı aylık ödemelerle satın alınabilmektedir (Cimete, 1998: 14) ve ABD’de özel sağlık sigortası yaptıran insanların sayısı hızla artmaktadır.

Feder vd. (2000: 41, 42), ABD’de evde bakıma ihtiyaç duyan 18 ila 64 yaş arasındaki insanların sadece % 33’ünün Medicare, % 28’inin özel bakım sigortası, % 25’inin ise Medicaid kapsamında olduğunu, bu yaş grubundaki bakıma ihtiyaç duyan kişilerin % 10’unun ise hiçbir sigorta güvencesi bulunmadığına dikkat çektikten sonra, Medicare’in uzun dönemli bakım ihtiyacını karşılamakta yetersiz kaldığını, uzun dönemli bakımın önemli bir kısmının aileler ya da yakınlar tarafından sağlandığını belirtmektedirler.

ABD’de bakıma muhtaç insanlar ihtiyaçları olan ya da almak istedikleri bakımı alamadıklarından ve bakım veren aile bireyleri üzerindeki maddi yükün sürekli arttığından şikayet etmektedirler. Politika üreticiler uzun dönemli bakım hizmetlerinin kapsam, kalite ve finansmanı üzerindeki memnuniyetsizliklerle mücadele etmeye çalışmaktadırlar. Bakıma muhtaç insanlar, son derece karmaşık, dağınık ve koordineli olmayan bu programlar yüzünden mağdur olmaktadır. Bu bağlamda Feder ve diğ., (2000: 51), hizmetlerin ve programların birleştirilmesinin hem kaliteyi hem de verimliliği arttıracığını savunmaktadırlar. Chen (2003, 29-40) ise insanların mağduriyetlerini önlemenin tek yolunun Medicaid ve Medicare’in yanında sosyal sigortalar çatısı altında kamusal uzun dönemli bakım sigortasının kurulması olduğunu iddia etmektedir.

### 2.2.1.5. Hollanda’da Evde Bakım Hizmetleri

Hollanda Avrupa’nın en hızlı yaşlanan ülkelerinden biridir. 2009 yılı verilerine göre 16 milyon 481 bin 307 olan Hollanda nüfusunun % 15’i 65 yaş ve üzeri kimselerden oluşmaktadır. 2030 yılına gelindiğinde bu oranın % 23.6’ya, 2040 yılına gelindiğinde ise % 25.6’ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Hollanda’da ortalama yaşam süresi erkekler için 78.57, kadınlar için ise 82.47’dir (Statistics Netherlands, 2010).

Hollanda’da kamusal uzun süreli bakım sigortası sistemi 1968 yılından beri uygulanmaktadır. Buna bağlı olarak Hollanda’da yaşayan herkes 1968 tarihli “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” (AWBZ) çatısı altında sigortalıdır. Bu yasa, yaşlılar, kronik hastalar, zihinsel ve fiziksel engelliler ile kronik psikiyatrik hastalara yönelik evde ve kurumda bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bunun yanı sıra bazı tedavi edici ve rehabilite edici bakım hizmetleri de yasa tarafından karşılanmaktadır. Bu bağlamda geçici bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı, felç gibi ani hastalıklardan sonraki rehabilitasyon hizmetleri, hastaneden taburcu olduktan sonra gerekli olan evde geçici bakım ve bakım evinde geçici bakım hizmetleri AWBZ çatısı altında düzenlenmiştir (Mot, 2010: 9-12).

Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri, evde informel bakım (amatör bakım/aile üyeleri tarafından sağlanan bakım), evde formel bakım (profesyonel bakım/bakıcı personel tarafından sağlanan bakım) ve kurumda formel bakım şeklindedir.

Evde informel bakım Hollanda’da, Orta ve Güney Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında nispeten daha az yaygındır. Çünkü Hollanda’da egemen olan sosyal norm ebeveynlerin, özellikle de annelerin kendileri ile çocuklarının, devletin ise yaşlıların bakımında geniş ölçüde sorumlu olmasıdır (Mot, 2010: 11).

Uzun dönemli bakım sistemi için bütün sorumluluk yasaları yapan merkezi yönetime aittir. Merkezi yönetim bakım hizmetlerinin ulaşılabilir, uygun fiyatlı ve kaliteli olmasını sağlamaya çalışmaktadır (Mot, 2010: 22). Yine de evde informel bakım Hollanda’da mevcuttur ve bakım parası düzenli olarak informel bakıcılara ödenmektedir. Kurumda formel bakım ise diğer ülkelerle kıyaslandığında Hollanda’da daha ağırlıklı bir rol oynamaktadır (Mot, 2010: 11).

Evde formel bakım hizmetleri, hemşire ziyaretleri, kişisel bakım, ev işleri yardımı, gündüz bakımı, geçici bakım, gece bakımı, refakat hizmetleri ve yardımcı cihazların teminini içermektedir (AARP, 2006: 20). Ev işleri yardımı hizmetleri hariç evde bakıma ilişkin diğer bütün hizmetler AWZB kapsamındadır. Önceleri ev işleri yardımı hizmetleri de AWZB'nin çatısı altında idi. Fakat 2007 yılında ev işleri yardımı hizmetleri Sosyal Destek Yasası (WMO) kapsamına alınmıştır. Sosyal Destek Yasası, yerel yönetimlere sosyal hizmetler konusunda geniş sorumluluklar vermiş ve yerel yönetimler tarafından yürütülen sosyal hizmetleri düzenlemiştir. Yasa çerçevesinde evde bakım alan kimselere yönelik ev işleri yardımı hizmetlerini sunmak yerel yönetimlerin görevlerinden birisi olarak tanımlanmıştır. Bu hizmetler ev işleri yardımının yanı sıra, yemek hazırlama, ev içinde yapılan gerekli düzeltmeler ve ev içi hareket sağlama hizmetlerini de kapsamakta olup, belediyelerin kendi bütçelerinden ve vergilerden finanse edilmektedir (Mot, 2010: 18-21).

AWZB sosyal güvenlik primleri, vergiler ve kullanıcıların ödedikleri ek katkı payları ile finanse edilmektedir. Katkı payları kişinin gelir durumuna bağlı olarak değişmektedir (Mot, 2010: 12). 2005 yılında AWZB'nin % 70'i sosyal güvenlik primlerinden, % 22'si vergilerden, % 8'i ise kullanıcıların ek katkılarından oluşmuştur (Mot, 2010: 29).

AWZB sosyal güvenlik primi vergiye esas gelire göre ayarlanmakta olup, 2010 yılı itibariyle % 12.15'tir. Geliri belirlenen sınırın altında olanların priminin büyük bir kısmı işveren tarafından ödenmektedir (Mot, 2010: 29). Prim oranı, uluslararası standartlara göre çok yüksek gibi görünse de, tıbbi bakım harcamalarının neredeyse tamamını kapsadığını unutmamak gerekmektedir (AARP, 2006: 21).

Bakım hizmetlerine ilişkin her talep bağımsız bir kurum olan Bakım Değerlendirme Merkezi tarafından değerlendirilmektedir. Bakım Değerlendirme Merkezi, bağımsız, objektif ve bütüncül değerlendirme yapmakla yükümlüdür. Ev işleri yardımı ile ilgili talepleri ise yerel yönetimler değerlendirmektedirler (Mot, 2010: 10).

Evde bakım hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler aynı (hizmet) veya nakdi (bakım parası) desteği veya her ikisini birden tercih edebilmektedirler. Nakdi destek, yani bakım parası kişisel bütçeler şeklinde verilmektedir. Bakım parası ile bakım hizmetlerini resmi bir kurumda ya da bağımsız bir bakıcı, aile üyesi, arkadaş ya da komşudan almak konusunda kişi kendisi tercih yapma hakkına sahiptir. Bakım parası uygulaması ile

amaçlanan kişinin daha etkin bakım hizmeti alacağı alternatifi kendisinin seçmesidir. Kişiler bakım parasını bakıma harcadıklarını göstermek zorundadırlar (Mot, 2010: 10; AARP, 2006: 22).

Hollanda'da huzurevleri ve kurumsal bakım sağlayıcıların yanı sıra evde bakım hizmeti sağlayıcılar da ağırlıklı olarak (% 90) özel kar amacı gütmeyen organizasyonlardan oluşmaktadır (AARP, 2006: 20; OECD, 2005: 127). 2005 yılında 264 evde bakım organizasyonu Hollanda'da faaliyet göstermekte idi (Mot, 2010: 51).

Sağlık Müfettişliği (IGZ) yasalarca düzenlenen esaslar çerçevesinde, gerek evde gerekse de kurumda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini denetlemekle yükümlüdür. Yasalar, bakım hizmetlerinin kalitesi konusunda birincil sorumluluğu hizmet sağlayıcıların kendilerine vermiştir. Hollanda Sağlık Otoritesi denetleyici ve sağlık ve uzun dönemli bakım hizmetleri piyasasını düzenleyici olarak özel bir role sahiptir. Ev tabanlı hemşirelik hizmetleri piyasası kısmen daha serbest düzenlenmiş ve rekabete açık olup, kurumsal bakım hizmetleri piyasası ise göreceli olarak daha yoğun bir şekilde düzenlenmiştir. Sağlık Otoritesi kurumsal bakım tarifelerini son derece detaylı bir şekilde belirlemektedir (Mot, 2010: 11).

Hollanda'da gerek evde gerek kurumda bakım hizmetleri önemli bir istihdam alanı oluşturmaktadır. Bakım sektöründe çalışanların yarısından çoğunu kadınlar oluşturmakla birlikte, bunların oranı diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında nispeten daha düşüktür. Yine diğer ülkelerin aksine bakım sektörü çalışanlarının büyük bölümünü göçmenler oluşturmamaktadır ve sektörde çalışan göçmenler çoğunlukla Surinam ve Endonezyalıdır (AARP, 2006: 24). Bakıcılar saat üzerinden ücret almaktadırlar (Mot, 2010: 29) ve yarı zamanlı çalışmalarına rağmen, kazançları nispeten iyi olarak değerlendirilmektedir. Hem evde hem de kurumda çalışan bakım çalışanlarının çoğu sendikalıdırlar ve sendikalı olsun veya olmasın bütün bakım çalışanları toplu sözleşme kapsamındadırlar (AARP, 2006: 24).

Hollanda'da yaşlı ve özürülülerin bakımının modernizasyonu konusunda önemli bir değişim göze çarpmaktadır. Bakım politikalarında birey odaklı, yani hizmetin bireyin gereksinimlerine göre düzenlemesi anlayışı önem kazanmaktadır. Ayrıca son yıllarda özellikle büyük ölçekli kurumlardan küçük ölçekli kurumlara ve evde bakıma doğru bir yönelme söz konusudur (Oğlak, 2007: 131). Nitekim evde bakım harcamaları 2004

yılında 5.3 milyar Euro iken 2007 yılında 7.4 milyar Euro'ya yükselmiştir (Mot, 2010: 51).

Görüldüğü gibi Hollanda'da uzun dönemli bakım hizmetleri ağırlıklı olarak tek bir sistem, yani AWBZ çatısı altında yer almaktadır. Bunun yanı sıra sağlık bakımı hizmetleri Sağlık Sigortası Yasası (ZVW), sosyal hizmetler ise Sosyal Destek Yasası (WMO) çatısı altında düzenlenmiştir. Örneğin WMO yürürlüğe girdiğinde, evde bakım hizmetleri çerçevesinde yer alan ev işleri yardımı hizmetleri AWBZ kapsamında çıkarılmış, sosyal hizmetler sistemine dahil edilmiştir. Bu, yerel yönetimler tarafından sunulan sosyal hizmetlere bir bütünlük getirirken, diğer taraftan uzun dönemli bakım hizmetlerinde ev işleri ile evde bakım hizmetleri arasında bir bölünmeye neden olmuştur. Dolayısıyla uzun dönemli bakım hizmetleri karmaşık, dağınık ve bütünlükten uzak bir yapı arz etmektedir. Nitekim her birinin kendi işleyiş kuralları olan bu farklı sistemler arasında koordinasyon sorunu bulunmaktadır. Ayrıca bakım hizmeti almak isteyen bir kimsenin öncelikle hangi hizmetler için nereye başvurması gerektiği sorununu çözmesi gerekmektedir. Örneğin kişinin hem WMO hem de ZVW hizmetlerine ihtiyacı olabilir. Yine günlük yaşamında ev işleri yardımından ötesine ihtiyacı varsa AWBZ hizmetleri için de başvuru yapması gerekecektir (Mot, 2010: 26).

**Tablo 5. Esas Olarak Primli Modeli Benimseyen Bazı Ülkelerde Evde Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırılması**

	<b>Almanya</b>	<b>Japonya</b>	<b>İsrail</b>	<b>Hollanda</b>
<b>Evde Bakım Hizmetlerinin Düzenlendiği Kanunun Adı ve Yürürlüğe Giriş Tarihi</b>	Bakım Sigortası 01.01.1995	Bakım Sigortası 01.04.2000	Bakım Sigortası 01.04.1988	Kamusal uzun süreli bakım harcamalarını da kapsayan AWBZ-1968
<b>Finansman Kaynağı</b>	Prim	%32'si çalışanlardan (40-64 yaş), %18'i emeklilerden (65 yaş ve üstü) toplanan primler, %50'si genel vergiler	Prim	%70'i primler, %22'si genel vergiler, %8'i hizmet alanların katkı payları



<b>Prim Oranı</b>	% 1,7 (işçi-işveren payı eşit). Emekliler için emekli fonlarından.	40-64 yaş grubu için %0,9 (işçi-işveren payı eşit), 65 yaş ve üstü grup için emekli maaşlarından kesinti yapılır.	%0,06 işveren, %0,04 devlet, %0,1 işçi payı.	% 12,5 (Tüm sağlık harcamalarını kapsar)
<b>Yararlanma Koşulları</b>	-Son 10 yıl içerisinde en az 5 yıl prim ödemiş olmak -En az 6 ay bakıma muhtaç olmak	-40 yaşın üzerinde olmak - En az 6 ay bakıma muhtaç olmak	-Kadınlar için en az 60, erkekler için en az 65 yaşında olmak -Bakıma muhtaç olmak -Daimi ikametgahı İsrail Devleti olmak	Hollanda'da yaşayan herkes AWBZ çatısı altında kapsam altındadır.
<b>Hizmetlerin Kapsamı</b>	Evde tıbbi ve sosyal bakım, geçici veya tam gün süreli kurumda bakım, araç-gereç desteği, tamir ve tadilat hizmetleri, bakıcı aile fertlerine kısmi sosyal güvenlik ve izin hakkı	Evde tıbbi ve sosyal bakım, geçici veya tam gün süreli kurumda bakım, araç-gereç desteği, tamir ve tadilat hizmetleri	Evde tıbbi ve sosyal bakım, geçici veya tam gün süreli kurumda bakım, araç-gereç desteği, tamir ve tadilat hizmetleri	Evde tıbbi ve sosyal bakım, geçici veya tam gün süreli kurumda bakım, taburcu sonrası evde geçici bakım
<b>Bakım Parası</b>	Var	Yok	Çok sınırlı durumlarda mevcut	Var
<b>Hizmetleri Yürüten Resmi Kurum</b>	Belediyeler	Belediyeler	Belediyeler	Evde tıbbi bakım kısmı AWBZ, Evde sosyal bakım kısmı belediyeler
<b>Evde Bakım Hizmeti Sunan Diğer Kurumlar</b>	Özel sektör, STK'lar	Özel sektör, STK'lar	Özel sektör, STK'lar, çeşitli hükümet kurumları	Özel sektör, STK'lar

### **2.2.2. Esas Olarak Primsiz Modeli Benimseyen Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri**

Primsiz modelde, bakım sorununa karşı bakım güvencesi genel vergilerden finanse edilen kamusal sosyal yardım ve devletçe destek yöntemi ile sağlanmaktadır. Bu model, ulusal düzeyde tüm fertleri bakım güvencisi şemsiyesi altında toplayan kanuni düzenlemelerle gerçekleştirilmektedir. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sisteminde kişinin bakıma muhtaçlık derecesine ve gelirine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir (Seyyar, 2008c: 31; Seyyar, 2004: 157, 158).

Türkiye’de ise sadece ekonomik yoksunluk içerisindeki bakıma muhtaçlara yönelik evde bakım hizmetleri sunulmakta olup, toplumun tüm bireylerini kapsayan bir bakım güvence bulunmamaktadır.

Bu modeli esas alarak uygulayan ülkeler arasında İsveç, Kanada ve İngiltere incelenebilmektedir.

#### **2.2.2.1. İsveç’te Evde Bakım Hizmetleri**

İsveç İstatistik Kurumu’nun 2009-2060 yılları arasını kapsayan nüfus projeksiyonu çalışmasına göre 9 milyon 256 bin olan İsveç nüfusunun % 18’ini oluşturan 65 yaş ve üzeri kimselerin oranının 2030 yılında % 23’e, 2060 yılında ise % 25’e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yaşam süresinin hızla yükseldiği İsveç’te erkekler için 79 yıl olan ortalama ömrün 2060 yılında 85 yıla, kadınlar için 83 yıl olan ortalama ömrün ise 87 yıla yükseleceği öngörülmektedir (Statistics Sweden, 2009: 11, 12). Ayrıca İsveç’in Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde 80 yaş ve üstü nüfusu (toplam nüfusun % 5.3’ü) en fazla olan ülke olduğu bilinmektedir ([www.sweden.se](http://www.sweden.se)).

İsveç’te evde bakım hizmetleri tarihsel olarak 1918 yılında gönüllü organizasyonların yoksullara yardım uygulamaları ile başlamıştır. Orta yaşlı, tecrübeli, gönüllü ev kadınları bu hizmetlerin sunulmasında önemli rol oynamışlardır. Bu gönüllü hareket evde bakım hizmetlerinde bir dönüm noktası olmuş ve 1950 yılında belediyeler tarafından uygulanmaya başlamıştır (Edebalk, 2008: 2).

İskandinav refah devleti modeli sadece sosyal sigortalar sistemi üzerine değil aynı zamanda sosyal hizmetler sistemi üzerine inşa edilmiştir (Trydegård, 2003: 1).

Dolayısıyla İsveç'te sosyal hizmetler çok gelişmiştir ve sosyal hizmetlerin uygulanmasından belediyeler sorumludur.

Sosyal hizmetler çerçevesinde yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların gerek evde gerekse de kurumda bakımı belediyeler tarafından sağlanmaktadır. İsveç'te bakıma muhtaç insanların çoğu ömürlerinin sonuna kadar kendi evlerinde kalmayı ve bakılmayı tercih etmektedirler. Belediyelerin sunduğu evde bakım hizmetlerinin amacı yaşlı, engelli ve kronik hastalığı olan insanların kendi evlerinde mümkün olduğunca bağımsız ve normal bir şekilde yaşamalarını sağlamaktır. Bu bağlamda belediyeler evde bakım hizmetleri içerisinde sağlık hizmetleri, güvenlik alarmı sistemi, alışveriş, ev temizliği, yemek, çamaşır yıkama, kişisel bakım hizmetleri sunmaktadırlar (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 3).

İsveç'te toplu taşıma araçlarını kullanamayan insanlar belediyelerin taksi ya da özel olarak tasarlanmış araçları ile ulaşım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptirler. Belediyeler ayrıca ev içinde bakıma muhtaç kişinin yaşamını kolaylaştıracak olan gerekli tadilatları da yapmaktadırlar ([www.sweden.se](http://www.sweden.se)).

İsveç'te bakıma muhtaçlar bakım hizmetlerini özel bir şirketten ya da devletten/belediyeden alma tercihi konusunda özgürdürler ([www.sweden.se](http://www.sweden.se)). İskandinav ülkelerinde olduğu gibi İsveç'te de bakıma muhtaçların çoğu evde bakım hizmetlerini ailelerinden, özel şirketlerden ya da sivil toplum örgütlerinden almak yerine belediyelerden almayı tercih etmektedirler (Trydegård, 2003: 2).

İsveç kamu yönetimi belediyeler, il meclisleri ve merkezi yönetim olmak üzere üçlü bir yapı şeklinde örgütlenmiştir. İsveç'te 290 tane belediye, 21 tane il meclisi bulunmaktadır (Edmark, 2007: 6). Günümüzde tüm sağlık hizmetleri demokratik yollarla seçilen bölgesel il meclisleri ve belediyeler tarafından yürütülmektedir. Ulusal hükümet sadece adli tıp, hapishanelerdeki sağlık hizmetleri ve henüz bir belediye tarafından kabul edilmemiş olan mülteciler ile göçmenlerin sağlık hizmetlerinden sorumludur (Andersson and Karlberg, 2000: 1, 2).

İsveç güçlü bir yerel yönetim geleneğine sahip bir ülkedir. Yerel yönetimler güçlü bir özerkliğe sahiptirler. Bakım hizmetlerinde uygunluk derecesini ve sunacakları hizmetlerin kapsamını ve kalitesini kendileri belirlemektedirler. Buna göre

toplayacakları vergi miktarını ve hizmetten faydalananların ödeyecekleri katılım bedellerini de kendileri tespit etmektedirler (Trydegård, 2003: 3). Vergiler, İsveç'te kişisel gelirin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Bunun üçte biri ise tamamen sağlık hizmetleri içindir (Andersson and Karlberg, 2000: 2).

Gerek evde gerekse de kurumda bakım hizmetleri vergi gelirleri, hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ve merkezi yönetimin desteklerinden finanse edilmektedir. Yerel gelir vergisi bakım hizmetleri için belediyelerin en temel gelir kaynağıdır. Hizmeti alanların ödedikleri katkı payları ise toplam bakım hizmetleri maliyetinin % 5'ini oluşturmaktadır (Edebalk, 2008: 2).

İsveç'te aile bireylerinin evde sağlık ve sosyal bakım konusundaki oranı 1990'ların ikinci yarısından itibaren artmaya başlamıştır. Belediyeler bakım veren aile üyelerine (özellikle kadınlar kocalarına bakmaktadırlar) hem aynı (hizmet) hem de nakdi (bakım parası) destek vermektedirler. Merkezi hükümet belediyelere bakım veren aile üyelerini desteklemeleri için kaynak aktarmaktadır (Sweden Ministry of Health and Social Affairs, 2007: 4).

1990'ların başında meydana gelen kamu yönetiminde yerleşme reformu çerçevesinde eğitim, çocuk ve yaşlı bakımı hizmetleri belediyelerin temel görevlerinden sayılmaya başlanmıştır (Edmark, 2007: 7). 1992 yılında yaşlıların bakımına yönelik kapsamlı bir organizasyonel değişimi öngören toplum bakımı reformu (ÄDEL-reformu) uygulamaya konulmuştur. Reformun ilk amacı bütün kamusal yaşlı bakım hizmetlerini tek bir çatı altında toplamaktı. Bu bağlamda doktorlar tarafından yapılan ev ziyaretleri hariç tıbbi bakım hizmetlerinin tüm sorumluluğu il meclislerinden alınarak belediyelere verilmiştir. İkinci amaç, sosyal hizmet kültürünü güçlendirmek ve yaşlı bakımı hizmetlerini tıbbi bakımdan ziyade sosyal bakım hizmetlerine doğru yöneltmekti. Üçüncü amaç ise taburcu sonrası evde bakım hizmetlerinin verilmesinin yaygınlaştırılarak hastaneden erken taburcu olmayı sağlayıp, hastanede kalış sürelerini kısaltmak ve böylece maliyetleri azaltmaktı (Andersson and Karlberg, 2000: 2-4; Trydegård, 2003: 3).

1998 yılında ise "Yaşlı İnsanların Bakımına Yönelik Ulusal Aksiyon Planı" meclisten geçmiş ve daha önceki yasal belgelerde öngörülen genel amaçlar doğrultusunda, yaşlıların bakımının devlete ait kamusal bir sorumluluk olduğu temel ilkesi vurgulanmıştır. Plan, yaşlı bakımı hizmetlerinin demokratik esaslara uygun bir şekilde

organize edilmesi, devlet tarafından finanse edilmesi ve kişinin ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaç duyan herkes için erişilebilir olmasının altını çizmiştir. Plana göre, yaşlı insanlar kendi ihtiyaçlarına uygun, kaliteli bakım hizmetlerinden yararlanarak, bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürüp güven içerisinde yaşlanma hakkına sahiptirler. 2001 yılında ise 1982 tarihli Sosyal Hizmetler Yasası revize edilmiştir. Yasa, yardım ve desteğe ihtiyaç duyan herkesi kapsamı altına almıştır. Yerel yönetimler bakıma muhtaç insanlara bakım hizmetlerinin yanı sıra ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri sunmakla yükümlü tutulmuştur. Bakıma muhtaç insanların gerek insani gerekse de ekonomik nedenlerle kurumsal bakım hizmetlerinden ziyade kendi evlerinde bakım hizmeti almaları öncelikli ilke olarak belirlenmiştir (Trydegård, 2003: 2).

Trydegård (2003: 7-9), İsveç'te son yıllarda belediyelerin evde bakım hizmetlerinden yararlanan insanlardan aldıkları katılım paylarının çok yükseldiğini, dolayısıyla hizmetleri alacak durumu olmayan insanların mağdur olduklarını ifade etmekte, ayrıca belediyelerin sundukları evde bakım hizmetlerinin kapsamı, hizmetler için aldıkları katkı payları ve hizmetlerden yararlanan kişi sayısı arasında çok büyük farklılıklar bulunduğu dikkat çekmektedir. Tüm bu sorunları çözmek için merkezi hükümet 2002 yılında belediyelerin katkı payı belirleme özgürlüklerini sınırlandırarak en yüksek katkı paylarını belirleyen ulusal bir karar çıkartarak, belediyeler arasında belli bir standart sağlamayı amaçlamıştır.

Ayrıca İsveç'te bakım maliyetlerinin kamu bütçesi üzerindeki hızla artan yükü nedeniyle, İsveç Sigorta Federasyonu tarafından yayınlanan bir raporda 45 yaşından itibaren herkese kendi seçtiği bir sigorta şirketinden uzun dönemli bakım sigortası yaptırma zorunluluğunun getirilmesi savunulmaktadır. Uzun dönemli sağlık sigortasına alternatif olarak, ihtiyaç duyulan bakımı sağlayacak bir sigorta, bu bakım için ücret ödeyecek bir sigorta ve bu alanda duyulabilecek tüm ihtiyaçları karşılayan üçüncü bir sigorta türü üzerinde de tartışılmaktadır (www.tsrbs.org.tr).

#### **2.2.2.2. Büyük Britanya'da Evde Bakım Hizmetleri**

2008 yılı verilerine göre 61.4 milyon olan Büyük Britanya nüfusunun % 16'sını 65 yaş üzeri kimseler oluşturmaktadır (Office for National Statistics, 2009a). Nüfusu hızla yaşlanan Büyük Britanya'da, 2033 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri kimselerin toplam nüfusun % 23'ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir (Office for National Statistics,

2009b). En hızlı artan yaş grubunu 85 yaş ve üzeri kimselerin oluşturduğu Birleşik Krallık'ta, diğer ülkelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süreleri artan bir eğilim göstermekte, erkekler için 77.2 yıl, kadınlar için ise 81.5 yıl olarak tespit edilmektedir (Office for National Statistics, 2009c).

Büyük Britanya'nın her yerinde toplum temelli hemşirelik bakımı ve huzurevleri hizmetlerini kişilere ücretsiz bir şekilde Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services) sağlamaktadır. Sosyal bakım olarak adlandırılan, tıbbi olmayan uzun dönemli bakım hizmetleri ise hizmeti alanlardan ödeme güçlerine göre alınan makul bir katkı payı karşılığında yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Sadece İskoçya'da ihtiyaç duyanlara ücretsiz evde kişisel bakım hizmetleri verilmektedir (AARP, 2006: 25).

Büyük Britanya'da 1990'da kabul edilen ve 1993'te yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Toplum Temelli Bakım Yasası, bakıma muhtaç yaşlılara sağlık ve sosyal hizmetler sunulmasını düzenlemiştir (Davey and Patsios, 1999: 274). Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Toplum Bakımı Yasası yerel yönetimlere toplum temelli bakım hizmetlerinin sunulmasında çok daha fazla yönetsel ve finansal misyon yüklemiştir (Lewis, 2001: 348). Yasaya göre, toplum temelli bakımın sağlık bakımı kısmı Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin, sosyal bakım kısmı ise yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Buna bağlı olarak, evde bakım hizmetleri sunma sorumluluğu da sağlık ve sosyal hizmetler arasında bir ayırımı tabi tutularak belirlenmiştir. Buna göre; evde sağlık bakımı (örneğin ziyaretçi hemşireleri ve fizyoterapiyi içeren tıbbi bakım) Ulusal Sağlık Sistemi tarafından karşılanmaktadır. Evde sosyal bakım hizmetleri ise (örneğin tuvalet, banyo, giyinme, yemek gibi hizmetleri kapsayan kişisel bakım hizmetleri) yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır (Davey and Patsios, 1999: 274).

Britanya Krallığı'nda kurumsal "geçici" bakım hizmetleri sadece İrlanda'da mevcuttur. İrlanda'da kurumsal geçici bakım hizmetleri çatısı altında, öğle yemeği, banyo, fizik tedavi, mesleki terapi, ayak terapisi, çamaşır yıkama, kuaförlük hizmetleri gibi hizmetler verilmektedir (Lethbridge, 2005: 51).

Büyük Britanya'da yerel yönetimler uzun dönemli bakım hizmetlerini koordine etmekten, hizmetlere erişimi sağlamaktan ve bakım hizmetlerini yönetmekten sorumludurlar. Hizmetler, kamu sektörü tarafından ya da yerel yönetimlerle sözleşme yapmış olan özel sektör firmaları tarafından sağlanmaktadır. Finansman öncelikle genel

vergilerden, kısmen merkezi hükümet desteklerinden, kısmen de yerel vergilerden sağlanmaktadır (AARP, 2006: 25).

1996 tarihli Toplum Temelli Bakım Yasası ile “doğrudan ödeme programı” olarak adlandırılan bir uygulama ile kurallara uygun bir şekilde kendi bakım hizmetlerini yönetmeyi tercih eden kimseler için bakım parası ödenmesi mümkün hale getirilmiştir (MacAdam, 2004: 400). Birleşik Krallık ulusal yasal düzenlemelerini bakıcı aile bireylerini desteklemeye de adapte etmiştir. Sınırlı bir gelire yoğun olarak bakım hizmeti veren bakıcı aile bireyleri bakıcı ücreti olarak adlandırılan nakit destek alma hakkına sahiptirler (AARP, 2006: 25).

Fiziksel veya zihinsel engelleri yüzünden gündüz ve/veya gece bakımına gereksinim duyan 65 yaş ve üzeri kimseler, bakıma muhtaçlık durumlarının en az 6 ay sürecek olması koşuluyla bakım parası alma hakkına sahiptirler. Bakıcı aile bireyleri ise 16 yaşından büyük olmak, haftada belli bir miktarın üzerinde ücret kazanmıyor olmak ve haftada en az 35 saat bakım vermek koşuluyla bakım parasına hak kazanmaktadırlar (Lethbridge, 2005: 45).

Britanya’da 2000 yılında Bakım Standartları Yasası çıkarılmıştır. Yasa, bakım evlerinde sunulan bakım hizmetlerinin asgari standartlarını belirleyen düzenlemeler içermektedir. Yasa’dan sonra, bazı küçük bakım evleri bu standartları sağlamaları mümkün olmadığından, kapanmak zorunda kalmışlardır. Ayrıca evde bakım hizmetleri daha düşük maliyetli olduğundan yerel yönetimler tarafından teşvik edilmeye başlanmıştır. Bu da bakım evlerinin sayısının azalmasında etkili olmuştur (Lethbridge, 2005: 22).

Birleşik Krallık’ta iyi eğitilmiş bakım personeline olan ihtiyaç hızla artmaktadır. Birleşik Krallık, dünyanın en büyük sağlık personeli ithalatçılarından biri olmakla birlikte, uzun dönemli bakım sektörü için özellikle hemşireler ithal etmektedir. (AARP, 2006: 25).

Birleşik Krallık’ta bakım sektörü çalışanlarının % 90’ını çoğunlukla bağımsız ya da özel sektörde çalışan kadınlar oluşturmaktadır. Bakım sektörü Birleşik Krallık’ta en düşük ücretli çalışılan sektörlerden biridir. Bakım sektörü çalışanların üçte ikisi sendikaya üye değildir ve toplu sözleşme ile edinilen kazanımlara sahip değildirler (Lethbridge, 2005: 11-14). Ayrıca Birleşik Krallık’ta, uzun dönemli bakım sektöründe düşük ücretler,

eğitim ve kariyer olanaklarının eksikliği gibi nedenlerden dolayı hem istihdam sağlama zordur, hem de işgücü devri yüksektir (AARP, 2006: 25).

Birleşik Krallık'ta bakım hizmeti harcamalarının % 75'i kurumsal bakım, % 25'i evde bakım hizmetlerine aittir. (MacAdam, 2004: 400). Ayrıca bakım hizmetleri hızla kamusal sektörden özel ya da kar amacı gütmeyen sektöre devredilmektedir. Örneğin yerel yönetimlerin yatılı bakım evlerindeki yatak sayısı 1998 yılında 54.610 iken, 2002 yılında 37.210'a düşmüştür. Özel sektör evde ve kurumda bakım sektöründe payını hızla arttırmaktadır. Yerel yönetimler özel sektörden ya da kar amacı gütmeyen sektörden artık kendi sundukları hizmetlerden çok daha fazla evde bakım hizmeti satın almaktadırlar. Birleşik Krallık'ta 2003 yılı itibariyle, kurumsal yatılı bakım hizmetlerinin % 88'i özel sektöre transfer edilmiştir. Yerel yönetimler tarafından finanse edilen evde bakım hizmetlerinin ise % 66'sı özel sektör tarafından sunulmaktadır. Birleşik Krallık'ta bakım sektörünün beş büyük şirketin egemenliğinde olduğu da bilinmektedir (Lethbridge, 2005: 16-20).

Son yıllarda Britanya Krallığı'nın uzun dönemli bakım sağlama sistemi hakkında reform tartışmaları yapılmaktadır. 1999 tarihli Bir Kraliyet Komisyonu Raporu hem hemşirelik bakımı hem de kişisel bakımın, hem kurumsal hem de evde bakımın Ulusal Sağlık Sistemi'ndeki genel vergilerden karşılanmasını önermiş, fakat kabul görmemiştir (AARP, 2006: 26).

Birleşik Krallık'ta oldukça prestijli olan Joseph Rowntree Vakfı şu anki uzun dönemli bakım finansman sisteminin çalışmadığını, dolayısıyla zorunlu sigorta sisteminin kurulması gerektiğini tartışan ve altı temel ilkeye dayanan bir ulusal reform öngören bir öneri yayınlamıştır. Bu ilkelere göre sistem,

- 1) Adil olmalı, toplanan ve dağıtılan para adil bir şekilde görülebilmeli
- 2) Önleyici hizmetleri destekleyip, erken teşhisi güçlendirmeli
- 3) İhtiyaçların çeşitliliğini anlamalı ve bakım alanların kendi onurlarını korumalarına izin vermeli
- 4) Bireysel ve ailevi sorumluluğu desteklemeli
- 5) Sürdürülebilir olmalı



- 6) Uygun kaynaklar aracılığıyla ihtiyaç duyulan bakıma etkin bir şekilde cevap vermelidir (AARP, 2006: 26).

### **2.2.2.3. Kanada’da Evde Bakım Hizmetleri**

Kanada, dünyanın hızla yaşlanan nüfusa sahip ülkelerinden biridir. 2009 yılı verilerine göre 33 milyon 739 bin 900 olan Kanada nüfusunun % 13.9’unu 65 yaş ve üzeri insanlar oluşturmaktadır. 2031 yılına gelindiğinde 65 yaş üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki oranının % 23.4’e yükseleceği tahmin edilmektedir. Bir başka ifadeyle 2031 yılında Kanada’da yaşayan yaklaşık her dört insandan biri 65 yaş ve üzerinde olacaktır. Kanada’da ortalama yaşam süresi ise erkekler için 77, kadınlar için 82’dir (Statistics Canada, 2009).

Kanada, kamu tarafından finanse edilen ve ülke içerisinde nerede yaşadıklarına ve ödeme güçlerine bakmaksızın vatandaşlarına gerekli sağlık hizmetlerini sunan sağlık sistemiyle dünyaca ünlüdür (Sharkey ve diğ., 2003: 382). 1984 tarihli Kanada Sağlık Yasası, sağlık hizmetleri için ulusal bazda geniş bir yasal çerçeve çizmektedir (Duncan ve Reutter, 2006: 243). Fakat yasa, evde bakım hizmetlerinin rolünün sınırlı olduğu bir zamanda çıkartıldığından, evde bakım hizmetleri ile ilgili herhangi bir hüküm içermemektedir. Kanada’da evde bakım hizmetlerinin Sağlık Yasası çatısı altında ya da yasaya bağlı paralel bir düzenleme ile yasalaşması tartışılırken, bakım artık topluma, işyerlerine, okullara ve evlere kadar taşınmıştır (Sharkey ve diğ., 2003: 382).

Evde bakım ile ilgili yasal bir düzenleme olmamasına rağmen, devlet tarafından finanse edilen evde bakım programları Kanada’nın her bölgesinde ve eyaletinde uygulanmaktadır. Bu programlardan bazıları nispeten yeni olmakla birlikte, ilk olarak 1970’lerde Manitoba’da uygulanmaya başlamıştır (Sharkey ve diğ., 2003: 383). 1970’lerde başlayan bu uygulamayı 1980’ler boyunca diğer eyaletler de takip etmişlerdir. Günümüzde tüm eyaletler sakinlerine kamusal evde bakım hizmetleri vermektedirler (Sorochan, 1997: v).

Kanada’da vatandaşlara evde bakım hizmetleri, eyaletlerin sorumluluğu çatısı altında verilirken, sadece gazilere ve yerli topluluklara verilen evde bakım hizmetleri ulusal bazda yasal olarak düzenlenmiştir (MacAdam, 2004: 394; Canadian Home Care Association, 2008: 3).

Kanada'da 1998 yılının Mart ayında Ulusal Evde Bakım Konferansı yapılmıştır. Konferansta, Kanada'nın acil olarak ulusal bir evde bakım programına ihtiyacı olduğu hakkında görüş birliğine varılmıştır. 1999 yılının Şubat ayında Kanada Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal evde bakım ve toplum temelli bakım yuvarlak masa toplantısı düzenlenmiştir. Toplantıda fikir alışverişi yapılarak, gelecek için öncelikler ve potansiyel stratejiler belirlenmeye çalışılmıştır. Ulusal evde bakım konferansının başarısı üzerine, 2002 yılının Nisan ayında Toronto'da Uluslararası Evde Bakım Konferansı düzenlenmiştir. Konferans ile global düzeyde ülke uygulamaları ve evde bakım uzmanlarının görüşleri doğrultusunda Kanada'nın ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir model tasarımı amaçlanmıştır (Sharkey ve diğ., 2003: 384). Kanada ulusal evde bakım programının vizyonunun; hizmetlere erişebilirlik, uygun teknoloji, kamu katılımı, sağlık tanıtımı ve sektörler arası işbirliği ilkeleri üzerinde şekillenmesi gerektiğine karar verilmiştir (Duncan ve Reutter, 2006: 244).

Evde bakıma yönelik ulusal bir yasal düzenlemenin olmaması, bölgeler arasındaki gelir ve nüfus dağılımı farklılıkları, bazı bölgelerin toplum klinikleri ve geriatrik gündüz bakım merkezlerini evde bakıma göre daha çok tercih etmeleri ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasında hız ve kapsam açısından bölgelerin farklı aşamalarda bulunmaları, evde bakım hizmetlerinde uygulama farklılıklarına neden olmaktadır (Coyte, 2000: 4).

Kanada sağlık sistemi için nispeten yeni bir alan olarak kabul edilen evde bakım hizmetleri, yukarıda sayılan nedenlere bağlı olarak eyaletlerde ve bölgelerde farklı şekillerde uygulanmaktadır. Hizmetler, eyaletler ve eyaletler içindeki kentsel ve kırsal bölgeler arasında hizmeti alanların ödedikleri ücretler, başvuru kaynağı, kabul kriterleri, hizmetin uzunluğu ve kapsamı gibi konularda farklılıklar göstermektedir (Soroohan, 1997: v).

Evde bakım hizmetleri, akut, kronik, palyatif ya da rehabilite edici sağlık bakımı ihtiyacı olan insanlara toplumda bağımsız bir şekilde yaşamaları için yardım etmektedir. Kanada'da evde bakım hizmeti alanların büyük çoğunluğu 65 yaş ve üzeri kimselerden oluşmakla birlikte, evde bakım hizmetleri ihtiyacı olan her yaştaki insana sağlanmaktadır (Canadian Home Care Association, 2008: 2).

Soroohan (1997: vi), Kanada'da evde bakım hizmeti alan kimseleri dört grupta tasnif etmiştir:

- Hastaneden yeni taburcu olmuş ve iyileşmek için nispeten kısa süreli yardıma ihtiyaç duyan kimseler.
- Toplum içerisinde ya da hastanede olmasına karşın huzur evinde bakıma ihtiyaç duyan kimseler.
- Sosyal ya da işlevsel bozukluğu bulunup da desteğe ihtiyaç duyan kimseler.
- Bakıma ihtiyaç duyan kimseler.

Kanada'da evde bakım hizmetleri, ziyaretçi hemşire hizmetlerini, evde bakım destek çalışanları tarafından sunulan ev işlerine yardım, alışveriş yardımı, kişisel bakım hizmetleri, yüksek eğitilmiş klinik profesyoneller tarafından verilen yaşam desteği, diyaliz, evde intravenöz, tüple besleme gibi yüksek teknolojiye sahip tıbbi bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Ev işlerine yardım, kişisel destek, temizlik, yemek, yatağa yatırma, kaldırma, oturmasına yardım etme, alet ve ekipman temini gibi tıbbi olmayan hizmetler için hizmet alanlar genellikle ücret ödemektedirler. Alınan ücretler, kişilerin gelirlerine göre değişmektedir. Hemşirelik, fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma terapisi, danışmanlık ve vaka yönetimi gibi tıbbi içerikli, profesyonel evde bakım hizmetleri ise herhangi bir ücrete tabi değildir (Soroohan, 1997: vii).

Özel sektör, birçok eyalette evde bakım hizmetlerinin sunumunda büyük rol oynamaktadır. Özel sektör daha çok ev desteği hizmetlerinde (kişisel bakım, ev temizliği gibi), evde intravenöz, solunum desteği, ekipmanlar ve özel görevli hemşireler konularında aktif uygulamalara sahiptir (Soroohan, 1997: ix).

Evde bakım hizmetlerinin % 85'i eyalet yönetimleri, % 10'u hizmeti alanlar, % 5'i ise üçüncü kişiler tarafından finanse edilmektedir. Fakat bu oranlar kullanıcı katkılarının artışı yönünde bir eğilim göstermektedir. Ayrıca hastane tabanlı evde bakım programları, genellikle hastane bütçeleri içinden devlet tarafından finanse edilmektedir (Soroohan, 1997: vii).

Her ne kadar eyaletler tarafından sunulan kamusal evde bakım hizmetleri mevcut olsa da, Kanada'da evde bakım hizmetlerinin % 75-% 85'i bakım parası ya da herhangi bir

ücret almayan aile bireyleri tarafından yerine getirilmektedir. Bu informel bakıcılar tuvalet, banyo, giydirme, yemek hazırlama, alışveriş ve ev temizliği gibi sosyal bakım hizmetlerini tek başlarına yerine getirmektedirler. Ancak Kanada'da profesyonel evde bakım hizmetleri yaygınlaşmaya başlamaktadır (MacAdam, 2004: 396).

Kamu sağlık harcamaları içerisinde evde bakım harcamaları diğer kalemlere oranla çok daha hızlı bir şekilde artmaktadır (Coyte, 2000: 2). Evde bakım hizmetleri için kamu harcamaları, federal hükümetin transfer harcamaları yoluyla sunduğu finansman desteğinin yanı sıra geniş ölçüde eyaletlere ve bölgelere aittir. 1997 yılından 2006 yılına geldiğinde toplam yerel ve bölgesel sağlık bütçesi içerisinde evde bakım hizmetleri harcamalarının payı % 1.56'dan % 6.8'e yükselmiştir (Canadian Home Care Association, 2008: 4).

Kanada'da yaşlı, akut bakıma ihtiyacı olan, uzun dönemli engelli ve kronik hastalığı olan insanların evde bakıma talebi hızla yükselmektedir. Yeniden yapılanmanın temel özelliklerinden biri olarak hastanelerin küçültülmesi (downsizing: büyümek için küçülme) ile evde bakım hizmetleri önemini arttırmaya başlamıştır (Duncan ve Reutter, 2006: 243).

Eylül 2004'te sağlık bakımını güçlendirme on yıllık planında akut, palyatif ve psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin tanımlanarak, sağlık bakımını güçlendirmenin ilk aşamasının evde bakım olduğunun altının çizilmesi ile birlikte Kanada'da evde bakım sektörü hizmetleri ve harcamalarında kayda değer bir artış gözlenmiştir. Evde bakım sektörü, 1997'den 2007'ye kadar olan dönemde % 51 büyümüştür. 2007 yılında 900 binin üzerinde insan evde bakım hizmeti almıştır. Bu insanların yaklaşık 630 bini (% 70'i) 65 yaş ve üzeri kimselerden oluşmuştur. Evde bakıma ihtiyaç duyan 65 yaş ve üzeri kimselerin 2011 yılında % 11 artarak yaklaşık 715 bin, 2017 yılında ise % 33 artarak yaklaşık 840 bin kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir (Canadian Home Care Association, 2008: 2, 3).

Çok yakın gelecekte Kanada'da evde bakım hizmeti verebilecek insan kaynağı ihtiyacının hızlı bir şekilde artacağı tahmin edilmektedir. Kanada'da 32.300 ev destek çalışanı, 12.000 hemşire ve 2.600 fizyoterapist evde bakım alanında çalışmaktadır. Çalışanların çoğu 40 yaş ve üzerindedir. Ayrıca Kanada'da 4-5 milyon civarında bakıcı aile bireyi olduğu tahmin edilmektedir ve bunlara bakım parası verilmemektedir.

Bakıma muhtaçların % 80'den fazlasının bakım ihtiyaçlarını karşılayan bakıcı aile bireyleri, bakım verme sorumluluğuna eşlik eden finansal, duygusal, fiziksel ve ruhsal yükleri ilk elden tecrübe etmektedirler (Canadian Home Care Association, 2008: 2, 5).

Tousignant vd. (2006), Kanada'da evde bakım hizmetleri ile ilgili derli toplu istatistiksel veri elde etme konusunda çok ciddi bir sıkıntı bulunduğunu, verilerin ancak kişisel çabalarla yerel bazda elde edilebildiğini ifade etmektedirler.

Duncan ve Reutter (2006), Kanada'nın Alberta eyaletinde orta ve büyük ölçekli kamu ve özel organizasyonlardan 23 yönetici ile yapılan mülakatlara dayanan ve 1993-2001 yılları arasını inceleyen eleştirel bir çalışma yapmışlardır. Eyaletin evde bakım hizmetlerini tam olarak yerine getirdiğini belirten dokümanlarına ve broşürlerine rağmen, bu çalışma sonucunda, evde bakım hizmetlerinin daha çok tıbbi bakım şeklinde yürütüldüğü, ev desteği, aile desteği ve önleyici hizmetlerin ihmal edildiği tespit edilmiştir. Taburcu sonrası evde bakım hizmetlerinin, palyatif bakımın, çocuklara ve yaşlılara yönelik hizmetlerin, psikiyatrik hastaların evde bakımının ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin ailelerin vermesine yönelik yükselen bir trend olduğu, hizmetlerin daha çok yalnız yaşayan, bakım verecek kimsesi olmayan kimselere yönelik olduğu ortaya çıkmıştır.

Kanada'da federal hükümet, sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumunu bölgelere ve eyaletlere devretme eğilimi göstermektedir. Bu eğilimden ötürü hizmet sunumunda ülke içerisinde bariz farklılıklar oluşmaktadır. Evde bakım hizmetleri de bu uygulama alanlarından birisini oluşturmaktadır. Hükümetin eyaletlere ve bölgelere transfer ödemeleri hızla azalmakta, buna karşın Kanadalıların bölgelerinden ve eyaletlerinden sağlıkla ve evde bakımla ilgili talepleri hızla artmaktadır. Federal hükümet ise hangi hizmetlerin kapsanması gerektiğine dair politika üretmekte yetersiz kalmaktadır (Sharkey ve diğ., 2003: 383).

Coyte (2000, 3, 4), federal hükümetin acil olarak ulusal evde bakım standartları oluşturma konusunda gereğini yapması ve bu standartların kamusal sigorta kapsamı altında, tıbbi bakımın yanı sıra sosyal bakım standartlarını da içermesi gerektiğini belirterek, vatandaşların Kanada'nın her yerinde evde bakım hizmetlerine eşit erişim hakkı olduğunun altını çizmektedir.

Evde bakım ile ilgili yasal bir düzenleme yapılana dek, evde bakım hizmetleri Kanada Sağlık Yasası'nın dayandığı evrensellik, ulaşılabilirlik, kapsamlılık, kamu yönetimi ve taşınabilirlik temel ilkelerinin güvencesinden uzak kalmış olacaktır. Temel olarak bu, evde bakım hizmetine ihtiyaç duyan Kanadalıların, bakım hizmetlerinin kalıcı olup olmadığı, ülke içinde hatta kendi bölgeleri içinde yer değiştirdiklerinde ek bir ödeme yapmadan bu hizmetlerden yararlanıp yararlanamayacaklarının garanti edilmemiş olduğu anlamına gelmektedir. Hizmetin bedeli hizmeti alanlara yüklenebilecek ya da bireyler kamu tarafından finanse edilmeyen ve yönetilmeyen evde bakım programlarından ek hizmetler satın almaya ihtiyaç duyabileceklerdir (Sharkey ve diğ., 2003: 382).

## **BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE İSTANBUL, ANKARA, KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİNİN EVDE BAKIM HİZMETLERİ UYGULAMALARI**

### **3.1. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri**

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin sunumu son derece dağınık bir görünüm sergilemektedir. Şu anda Türkiye’de evde bakım hizmetleri, Başbakanlığa bağlı bir kurum olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, bazı İl Sağlık Müdürlükleri, özel sektör, gönüllü kuruluşlar ve bazı büyükşehir belediyeleri tarafından verilmektedir.

Türkiye’de henüz sosyal sigortalar çatısı altında ihdas edilmiş bir bakım güvence sistemi bulunmamaktadır. 2007 yılında yapılan Özürlüler Şurası’nda bakım sigortasının kurulmasına yönelik bir karar alınmıştır ve bu yönde çalışmalar devam etmektedir. Hizmetlerin dağınıklığı, belli standartlardan yoksunluğu ve her kesime ulaşamaması, bakım sigortasının bir an önce çıkarılmasını gerektirmektedir.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan birey ve aileler için ulusal boyutta evde bakım sisteminin, gereken standartlarda kurulması ve evde bakım alanının sağlık ve sosyal hizmetler sistemine entegre edilmesi için çalışmalar yapmak amacıyla, 18 Ağustos 2005 tarihinde Evde Bakım Derneği kurulmuştur ([www.evdebakim.org.tr](http://www.evdebakim.org.tr)). Dernek, bakım sigortasının yasalaşması konusunu her fırsatta dile getirmekte, bakım sigortasının Türkiye için önemine ve aciliyetine ilişkin toplantılar düzenlemektedir.

#### **3.1.1. Türkiye’nin Demografik Yapısına İlişkin Bilgiler**

Türkiye’de 1960’lı yıllar sonrasında yaşanan sanayileşme, hızlı nüfus artışı, göçler ve aile yapısının değişmesi beraberinde toplumsal değişikliklere neden olmuştur. Yaşanan hızlı göçler sonucu özellikle sanayileşen iller çevresinde gecekondulaşma ve geleneksel ailenin çekirdek aileye dönüşümü söz konusu olmuştur. Geleneksel aileden çekirdek aileye dönüşüm sonucu, çocuğun, özürünün ve yaşlının bakımı sorunu ortaya çıkmıştır. Özel gereksinim grubu olarak nitelendirilen çocuk, özürlü ve yaşlılar için, çocuk yuvaları, kreş ve gündüz bakımevleri, rehabilitasyon merkezleri ve yaşlılar huzurevlerinin bu dönemde arttığı görülmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sayısı gittikçe artan bir yaşlı nüfusu bulunmaktadır. Sanayileşme ve kentleşme sürecinde ataerkil ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal gölgelerden kentsel yerleşim alanlarına göç olayı, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler sonucunda yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesi ve yaşın prestij sağlayan bir öge olmaktan çıkması, bu sebepler sonucunda da yaşlının evde bakımı büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Doğan, 2004: 620-622).

Mevcut demografik eğilimlerin devam edeceği varsayımından hareketle yapılan hesaplamalar, 21. yüzyılın tüm dünyadaki beklentilere paralel olarak Türkiye’de de yaşlı yüzyılı olacağına işaret etmektedir. Değişen yaş yapısı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısından itibaren, yaşlı nüfusun, sosyal, demografik ve ekonomik açıdan Türkiye’de de önem kazanması beklenmektedir (DPT, 2007: 7).

Aşağıdaki tabloda da görüleceği gibi, Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 72.561.312 kişidir. 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfus, toplam nüfusun % 67’sini oluşturmaktadır. Türkiye nüfusunun % 26’sı 0-14 yaş grubunda, % 7’si ise 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır (TÜİK, 2010). 2009 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi erkekler için 71.5 yıl, kadınlar için ise 76.1 yıldır. 2025 yılına gelindiğinde erkekler için 73.1, kadınlar için ise 78.9 yıla yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2009a: 86). Kadınlar, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de erkeklerle karşılaştırıldığında ortalama olarak daha uzun yaşam sürelerine sahip olduklarından, yaşlı nüfus içerisinde kadınların oranı yine neredeyse tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de erkeklere göre daha yüksektir (DPT, 2007: 9).

**Tablo 6. Türkiye Nüfusunun Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı**

Yaş Grubu	Kadın	Erkek	Toplam	Yüzde
<b>0-14</b>	9.177.422	9.681.912	18.859.334	26
<b>15-64</b>	24.060.770	24.557.794	48.618.564	67
<b>65 ve üstü</b>	2.860.650	2.222.764	5.083.414	7
<b>Toplam</b>	<b>36.098.842</b>	<b>36.462.470</b>	<b>72.561.312</b>	<b>100</b>

**Kaynak:** TÜİK (2010).

Dünya ülkeleri içerisinde toplam nüfusu içerisindeki yaşlı nüfusu % 7’lik bir oranla oldukça düşük olmasına rağmen, Türkiye nüfusu hızla yaşlanmaktadır. 2025 yılına



gelindiğinde 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının % 10'a yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2009b). 2050 yılına gelindiğinde ise Türkiye'de 16 milyon 65 yaş ve üstü kimse olacağı, bunun da toplam nüfusun % 17'sine tekabül edeceği varsayılmaktadır (DPT, 2007: 7). Bu tahminler Türkiye'nin acil bir şekilde yaşlanan nüfusunun sorumluluğunu almaya yönelik hazırlıklar yapmaya başlaması gerektiğini göstermektedir.

### **3.1.2. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi**

Osmanlı İmparatorluğu döneminde 15. yüzyılda Fatih Sultan Mehmet Han'ın 1470 tarihli Vakfiyesi'nde yatağa düşmüş, evine doktor getirme imkânı olmayan hastalara, başvuruları halinde doktor gönderilmesi hizmetinin bulunduğu bilinmektedir (Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2010).

Ancak Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile ilgili kesinlik kazanmış bilgiler bulunmamaktadır. Bu sebepten ötürü sadece bazı yasalar sayesinde evde bakım hizmetlerinin geçmişi konusunda fikir sahibi olunabilmektedir. Örneğin evde bakım hizmetlerinden yasal olarak ilk kez 24.04.1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha<sup>18</sup> Kanunu'nda söz edildiği bilinmektedir. 20. yüzyılın başlarında diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de enfeksiyon hastalıkları yaygın, ana ve çocuk ölüm oranları yüksekti. Kanun işte bu nedenle bulaşıcı hastalıkların evde tanı ve tedavisinin yapılması, evde hasta muayenesi ve ana-çocuk izlemi amacıyla çıkarılmıştır (Aydın, 2005: 17). Kanunda sözü edilen evde bakım hizmetlerinin, günümüzdeki anlamda evde bakım hizmetlerine oldukça uzak olduğu söylenebilmektedir. Öncelikle yasada evde bakım hizmetleri sadece evde sağlık bakımını kapsamaktadır. Evde sağlık bakımı hizmetlerinin düzenlenmesinin nedeni de, bir anlamda bulaşıcı hastalığı olan insanların evlerinde karantinaya alınarak bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemektir. Kanunun evde sağlık bakımı hizmetlerini düzenlemesinin bir diğer nedenini ise dönemin koşullarına uygun olarak koruyucu sağlık hizmetlerine duyulan yoğun ihtiyaç oluşturmuştur. Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri ile halkın enfeksiyon hastalıklarına karşı korunması ve ana-çocuk sağlığına yönelik önlemler alınması amacı da yasada ağırlık kazanmaktadır.

---

<sup>18</sup> Umum-i Hıfzıssıhha, genel sağlığı koruma anlamına gelmektedir.

1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, istediklerinde mesleklerini serbestçe yapabilmelerine imkan tanımıştır. Bu yasaya istinaden Aydın (2005: 17, 18), geçmiş yıllarda hemşirelerin “sağlık kabini” adı verilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirdiklerini, son yıllarda ise çok sayıda hemşirenin evde hasta bakımı kuruluşları açmaya başladıklarını belirtmektedir.

1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve bu kanunun çizdiği yasal çerçevede evde bakım hizmetleri ile ilgili düzenlemeler dikkat çekmektedir. Aşağıda detaylı bir şekilde inceleneceği üzere, ilgili düzenlemelerdeki evde bakım hizmetleri de tamamen evde sağlık bakımı hizmetlerini kapsamakta, fakat Umum-i Hıfzısihha Kanunu’na göre daha geniş bir çerçeve çizmektedir.

Özellikle 2000 yılından sonra evde bakım hizmetleri ile çok fazla yasal düzenleme yapılmıştır. Ancak bu yasal düzenlemeler arasında bakım sigortası yasasının olmaması hizmetlerin kurumsallaşması anlamında sorunlara neden olmaktadır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerini SHÇEK, hastaneler, özel kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler yerine getirmektedirler. Hizmetler çok başlı ve dağınık bir görünüm arz etmektedir. Ayrıca son yıllarda ya temel ya da yan faaliyet alanı olarak evde bakım hizmeti veren çok sayıda özel şirket kurulmuş, evde bakım hizmetleri alanında özel sektörün payı hızla artmaya başlamıştır.

### **3.1.3. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Hukuki Çerçevesi**

Her şeyden önce, 1982 Anayasası’na göre Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir hukuk devletidir (md. 2) ve kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak (md. 5) devletin temel amaç ve görevleri arasında sayılmaktadır. Bu bağlamda Anayasa’nın 61. maddesinde devletin, sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alacağı, yaşlıların devletçe korunup, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıkların kanunla düzenleneceği, bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kuracağı veya kurduracağı hükme bağlanmıştır.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerini başta SHÇEK, bazı İl Sağlık Müdürlükleri, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetim bazında İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri sunmaktadır. Dağınık bir görünüm arz eden evde bakım hizmetleri sunumuna ilişkin doğrudan ya da dolaylı, pek çok yasal düzenleme bulunmaktadır. Fakat en önemli eksiklik, Bakım Sigortası’na ilişkin bir yasal düzenlemenin bulunmayışıdır. 2007 yılında çalışmalarına başlanan Bakım Sigortası’nın bir an önce yasalaşarak bu dağınıklığı toparlaması gerekmektedir. Bu bağlamda Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin sadece sunumunun değil, hukuki çerçevesinin de son derece dağınık olduğunu söylemek mümkündür.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin son derece dağınık olan yasal çerçevesini, hizmetleri merkezi idarenin, özel sektörün ve yerel yönetimlerin sunumlarına göre tasnif ederek incelemek daha sistematik bir yaklaşım olacaktır. Ancak 2008 tarihli Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, hem merkezi idarenin, hem yerel yönetimlerin hem de özel sektörün evde bakım hizmetleri sunumuna ilişkin düzenlemeler içerdiğinden, “Merkezi İdarenin, Yerel Yönetimlerin ve Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetleri Sunumlarına Yönelik Ortak Yasal Düzenlemeler” şeklindeki başlık altında ele alınacaktır.

### **3.1.3.1. Merkezi İdarenin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna Yönelik Yasal Düzenlemeler**

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin merkezi idare tarafından sunumunu Sağlık Bakanlığı ile Başbakanlığa bağlı olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu yerine getirmektedir. Bu çerçevede geçmişten günümüze merkezi idarenin evde bakım hizmetleri sunumuna yönelik yasal düzenlemeleri, 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1983 tarihli Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu, 2005 tarihli Özürlüler Kanunu, 2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik ve 2010 tarihli Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri çerçevesinde incelemek gerekmektedir.

### **3.1.3.1.1. Umumi Hıfzısıhha Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

Halen yürürlükte olan 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda bulaşıcı hastalıkların evde tanı ve tedavisi, hekimlerin evde hasta muayenesi ve ana-çocuk izlemine sağlayıcı hükümler bulunmaktadır. Bu tür hizmetlerin karşılanması amacıyla hekim ve hemşirelerin evlere ziyaretler düzenledikleri bilinmektedir (Aydın, 2005: 17).

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 67. maddesinde salgın hastalık durumunda hekimlerin hastaları evlerinde ziyaret etmelerinden söz edilmektedir. Yine 72. maddede, bu kimselerin evlerinde karantinaya alınma halleri düzenlenmektedir. 83. maddede ise karantinaya alınan kimselerden muhtaç durumda olanların kendilerinin ve ailelerinin yeme-içme masraflarının hükümet tarafından karşılanacağı ifade edilmektedir.

Umumi Hıfzısıhha Kanunu çatısı altındaki evde bakım hizmetleri, dönemin şartlarına paralel olarak bulaşıcı ve salgın hastalıkların yayılmasını önleme amacını taşımaktadır. Dolayısıyla günümüzdeki anlamda evde bakım hizmetlerini ifade etmemekte, evde bakım hizmetlerini sadece salgın hastalık durumu ile ilişkilendirmektedir.

### **3.1.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

12.01.1961 tarihinde Remi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Sosyalizasyon Yasası) ve buna bağlı olarak çıkarılan 09.09.1964 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde önemle durmuş, evde ve ayakta tedaviye öncelik verilmesi ilkesi üzerine inşa edilmiştir. Yönetmelik, köy ebelerini halk sağlığı hemşirelerinin yardımcısı olarak tanımlamış, halk sağlığı hemşiresinin direktiflerine göre, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapmakla görevlendirmiştir (md. 5/a). Ayrıca mütehassıs tabiplerin konsültasyon için eve hasta muayenesine gidecekleri ve bu muayenelerin ücrete tabi olmayacağı düzenlenmiştir (md. 6/i-2). Çalışma saati içinde evde hasta muayenesi, hekimin iş programına ve takdirine bağlı tutulmuş, ancak hekimin halk ve ailelere nüfuz edebilmek için imkân nispetinde fazla köy ve ev ziyareti yapmasının arzuya şayan olduğunun göz önüne alınacağı belirtilmiştir (m. 6/j-4).

154 sayılı Yönerge’de ise hastaların muayenesinin genellikle sağlık ocağı binasında olmakla birlikte, sağlık evlerinde, köylerde ve hastaların evlerinde de yapılabileceği (md. 92) ve koruyucu hizmetler çerçevesinde ev ziyaretleri yapılması (md. 58) hükme bağlanarak, evde ve ayakta tanı ve tedavi hizmetleri verilmesi öngörülmüştür (md. 91). Ayrıca kronik hastalıklarla mücadele konusunda hastaların evde bakımlarının planlanması yönünden ailelerle ve diğer sağlık ve sosyal yardım kuruluşları ile işbirliği yapılması (md. 72) gereği üzerinde durulmuştur.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri ise özel olarak şu şekilde düzenlenmiştir (md. 75):

Toplam nüfus içerisindeki oranı giderek artan 65 yaş ve üzerindeki kişiler bazı organik ve ruhsal bozukluklar, kazalar ve sakatlıklar yönünden risk altındadırlar. Hareket yeteneklerinin sınırlı olması ve mental durgunlukları nedeniyle sağlık hizmetlerinden de yeteri kadar yararlanamazlar. Bu nedenlerle, bölgede yaşayan yaşlılar sağlık ocağı personeli tarafından bilinmeli, bunlar arasında kronik hastalığı olanların sağlık kuruluşlarında ya da evlerinde izlenmeleri sağlanmalıdır.

Yönerge’nin 121. maddesi, ebenin, gebe tespiti, gebe ve çocukların izlenmesi, doğumların yaptırılması, bağışıklama hizmetleri ve sağlık eğitimi gibi işler için mahalle, köy ve ev ziyaretleri yapmak zorunda olduğunu belirterek, ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etme, düzenli aralıklarla ziyaret etme ve izlemeyi ebenin görevleri arasında saymıştır (m. 130/m).

Görüldüğü gibi yasa ve bağlı yasal düzenlemeler, özellikle yaşlılara, kronik hastalığı olanlara ve gebelere evde sağlık hizmetleri götürülmesi ile koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde evde bakım hizmetleri konusu üzerinde önemle durmuştur. Yasada evde bakım hizmetleri, evde tıbbi bakım hizmetleri çerçevesinde ele alınmış, bu çerçevede doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık personeli evde bakım hizmetlerini sunmakla görevlendirilmiştir.

### **3.1.3.1.3. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

27.05.1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu’nun amacı; korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetleri ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan

teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumlulukları ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektir (md. 1).

Kanun'un 4. maddesinde belirtilen genel esaslar çerçevesinde muhtaç yaşlıların tespiti, korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetleri yürütmek, bu hizmetler için gerekli sosyal hizmet kuruluşlarının tesisi ve işletilmesi ile ilgili görevleri yerine getirmek üzere aynı Kanun'un 10. maddesinin (f) fıkrasına dayanılarak "Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı" kurulmuştur. 2005 tarihinde yapılan bir değişiklikle "Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı", "Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı" olarak ihdas edilmiştir. Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı'nın görevleri şunlardır (<http://www.shcek.gov.tr>):

- Sosyal ve ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, takip etmek, koordinasyon sağlamak, denetlemek
- Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt sathında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etmek
- Yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek ve yürütülmesini sağlamak
- Kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasları belirlemek, rehberlik etmek, uygulamayı takip, koordine etmek ve denetlemek.

Türkiye'de yaşlılara evde bakım hizmeti götürülmesi ile ilgili ilk proje 1993 yılı sonunda SHÇEK Genel Müdürlüğü'nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmıştır. Evlerinde yalnız yaşayan yaşlılara yardımcı olmak ve evde bakım hizmetinde yer alacak personelin yetiştirilmesi hedefi ile başlatılan bu proje, pilot uygulamalarından etkin sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir (Onat, 2002: 273'ten aktaran Danış, 2004: 50).

Halen yürürlükte olan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun değiştirilmesi gündemdedir. Hazırlanan yasa taslağı ile sosyal hizmetlerin il özel idareleri ve belediyelere devri planlanmakta, özel ve tüzel kişilerin sosyal hizmet kuruluşları açabilmesine izin verilmekte, SHÇEK Genel Müdürlüğü yalnızca denetimle sınırlı bir yapıya kavuşturulmaktadır. Yasa tasarısının bu haliyle, devletin anayasal bir görev olarak üstlendiği sosyal hizmetler alanından çekilmeyi planlandığı ve bu tasarı ile sosyal hizmetlerin piyasa ekonomisine terk edildiğine ilişkin yoğun eleştiriler bulunmaktadır.

#### **3.1.3.1.4. Özürlüler Kanunu Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

Türkiye’de özürllülüğün önlenmesi, özürllülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak, topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla (md. 1) 01.07.2005 tarihinde 5378 sayılı Özürlüler Kanunu yasalaşmıştır.

Özürlüleri, ailelerini, özürllülere yönelik hizmet veren kurum ve kuruluşlar ile diğer ilgilileri kapsamı altına alan (md. 2) Kanun’un 6. maddesinde özürllülerin bakımı düzenlenmektedir. İlgili madde, “*özürllü kişilerin yaşamlarını öncelikle buldukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hâle gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esas*”ına yöneliktir.

Yasa’ya göre; özürllülere yönelik bakım hizmetlerini, bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları da dikkate alınmak (md. 8) şartıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nden ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşları verebilirler (md. 7). Bakım hizmetlerinin standardizasyonu, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü koordinasyonunda çalışmalar yürütülür ve bakım hizmetleri ile bakımın nitelikli temini sağlanır (md. 8).

Özürlüler Kanunu, bakım hizmetlerinin, kurum bakımının yanı sıra evde bakım modeliyle de sunulabilmesine imkân tanımaktadır. Yasanın “*öncelikle kişinin sosyal ve*

*fiziksel çevresinden ayrılmaksızın hizmetin sunulması esas alınır”* şeklindeki hükmünden bakım hizmetlerinde evde bakıma öncelik verdiği anlaşılmaktadır (md. 9).

Yasanın 25. maddesi ile 01.07.1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun’un 1. maddesinin ikinci ve dördüncü fıkraları yürürlükten kaldırılarak 65 yaşın altında olan özörlöölere belli şartlar altında aylık bağlanması mümkün hale getirilmiştir. Buna göre;

65 yaşını doldurmamış olmakla birlikte;

- a) Başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özörlöölü olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan, 18 yaşını dolduran ve kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan özörlöölülerden; hesabı kanunda gösterilen tutardan daha az geliri olanlara,
- b) 18 yaşını dolduran, kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve herhangi bir işe yerleştirilememiş olan özörlöölülerden; hesabı kanunda gösterilen tutardan daha az geliri olanlara,
- c) Hesabı kanunda gösterilen tutardan daha az geliri olduğu halde, kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özörlöölü yakını bulunanlara, bakım ilişkisi fiilen gerçekleşmek kaydıyla aylık bağlanacağı hükme bağlanmıştır.

Yasal olarak bakım parasını bakım hizmetlerine entegre etmiş olan ölkelerdeki bakım parası uygulamaları ile kıyaslandığında Özörlöölüler Kanunu’nda bakım parasına hak kazanma koşullarının görece zor koşullara bağlandığı dikkat çekmektedir. Ayrıca bakım parasının bakıma muhtaç özörlöölü için kullanılıp kullanılmadığının denetlenmesine ilişkin bir hüküm bulunmaması, bakım parasının amacına uygun kullanılmaması gibi sonuçlar doğurabilmektedir.

#### **3.1.3.1.5. Bakıma Muhtaç Özörlöölülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

Bakıma muhtaç özörlöölülerin bildirimini, tespiti, değerlendirilmesi ile bakım hizmetlerine, bakım ücretlerine ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları belirlemek (md. 1) amacıyla,



30.07.2006 tarihinde 26244 sayılı Resmi Gazete’de “Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” yayımlanmıştır. Yönetmelik, bakıma muhtaç özürlyü, “özürlülük sınıflandırmasına göre ağır özürlyü olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle, hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişiler (md. 4/c)” şeklinde tanımlamış, bakıma muhtaç özürlyülerden

- Sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan,
- Ailesini kaybetmiş olan,
- Ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içinde bulunanları kapsamı altına almıştır (md. 2).

Yönetmeliğe göre, bakıma muhtaç özürlyülerin bakım hizmetlerinden yararlandırılması amacıyla mülki amirler, sağlık kuruluşları, köy muhtarları, genel kolluk kuvvetleri, belediye zabıta memurları, diğer kamu kurum kuruluşları, vatandaşlar, özürlyülerin kendileri veya akrabaları çevrelerinde bulunan il/ilçe sosyal hizmetler müdürlüklerine bildirebilirler. Özürlyünün bildirimini müteakiben özürlyünün kendisi veya bildirimde bulunan kişi ile il/ilçe sosyal hizmetler müdürlüklerinde ön görüşme yapılır. Bakıma muhtaç özürlyünün bakım hizmeti talebi doğrultusunda Bakım Hizmetleri Talep Formu düzenlenir (md. 5).

İl/ilçe sosyal hizmetler müdürlüğüne bildirim yapılan ve Yönetmeliğin 6. maddesinde belirtilen belgeleri tamamlanan özürlyü ve ailesi hakkında, sosyal inceleme raporu düzenlenir (md. 7). Sosyal inceleme raporu, sosyal çalışmacının, özürlyü ve ailesinin buldukları ortamda yapacağı gözlem, görüşme ve inceleme sonucunda hazırlayacağı; özürlyünün fiziksel, zihinsel, psiko-sosyal özelliklerini ve özürlüne ilişkin önceki ve şimdiki durumunu, özürlyü ve ailesinin psiko-sosyal ve ekonomik koşullarına ilişkin değerlendirmeleri içeren raporu ifade etmektedir (md. 4/h).

Sosyal inceleme raporunda özürlyünün bakım ihtiyacı olduğunun belirtilmesi halinde, dosya bakım ihtiyacının değerlendirilmesi için bakım hizmetleri değerlendirme heyetine gönderilir (md. 7). Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti, müracaatı yapılan bakıma muhtaç özürlyünün ikametgâhında veya bakım merkezlerinde bakım raporu hazırlayan,

bakıma muhtaç özürünün bakım hizmetlerinin hangi türünden yararlanacağına karar veren, uygun ortama yerleştirmeyi öneren, bakım hizmetlerine yönelik gözlem, inceleme, kontrol yapan ve sonucunda bakım hizmetleri değerlendirme raporu hazırlamakla görevli heyettir (md. 4/ç).

Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti; sosyal çalışmacı, psikolog, çocuk gelişimci, tabip, fizyoterapist, hemşire, sağlık memuru unvanına sahip kişiler arasından farklı mesleki unvanlara sahip en az üç kişiden il sosyal hizmetler müdürlüğü onayıyla oluşturulur (md. 10). Bakım hizmetleri değerlendirme heyeti özürünü ve ailesini yaşadıkları yerde ziyaret ederek, bakım raporunu hazırlar (md. 7). Bakım raporu, bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin, bakıma muhtaç özürünün kişisel bakım hizmetlerini, sağlık durumunu ve psiko-sosyal durumunu dikkate alarak hazırladığı ve bakıma muhtaç özürünün bakım ihtiyaçlarının tespit edildiği rapordur (md. 4/d). Terk edilmiş ve kimsesiz bakıma muhtaç özürülerin Yönetmeliğin 6. maddesinde belirtilen belgeleri tamamlayamaması durumunda, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne belgelerin tamamlanması için yardım sağlanır (md. 7).

Bakım raporunda özürünün veya yasal temsilcisinin talebinin olumsuz olarak değerlendirilmesi halinde, il sosyal hizmetler müdürlüğüne, özürünün veya yasal temsilcisinin talebinin olumsuz değerlendirildiği, özürüne veya yasal temsilcisine 30 gün içinde yazılı olarak bildirilir. Özürü veya yasal temsilcisi tebliğ tarihinden itibaren 30 gün içinde bakım raporuna itiraz etme hakkına sahiptir. Bakıma muhtaç özürünün veya ailesinin bakım raporuna itiraz etmesi halinde, itiraz talebi il sosyal hizmetler müdürlüğüne değerlendirilir, gerek görülmesi halinde yeniden bakım raporu hazırlanması için farklı personelden oluşan bakım hizmetleri değerlendirme heyeti görevlendirilerek işlem yapılır. Yapılacak itirazlarda ikinci bakım hizmetleri değerlendirme heyetinin verdiği karar nihai karardır (md. 7).

Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç özürünün bakımına yönelik olarak kişisel bakım hizmetlerini ve psiko-sosyal destek hizmetlerini kapsar. Bakıma muhtaç özürünün özellikleri dikkate alınarak aşağıda belirtilen bakım hizmetleri sunulur (md. 9):

- a) Kişisel bakım hizmetleri: banyo yaptırılması, tuvalet ihtiyacını gidermede yardım edilmesi ve gerektiğinde temizliğinin yapılması, tırnaklarının kesilmesi, saçlarının taranması, dişlerinin temizlenmesi, yemek ve içecek ihtiyacının

giderilmesi, el, yüz ve ayak temizliği, sakal tıraşının yapılması, istenmeyen tüylerin temizlenmesi, elbiselerinin giydirilmesi ve çıkarılması, burun ve kulak temizliğinin yapılması, yatağının temizlenmesi ve düzeltilmesi, odasının temizlenmesi, çamaşırlarının yıkanması gibi hizmetleri içermektedir.

- b) Psiko-sosyal destek hizmetleri: Bakıma muhtaç özürünün ve ailesinin, özürülüğü ve özür durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri, özürülü ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik kişisel ve grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetleri, özürünün bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri, özürünün terk edilme, reddedilme, özür durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik ve benzeri olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon, stres ve benzeri durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik kişisel veya grup çalışması yöntemiyle verilecek hizmetler gibi psiko-sosyal destek hizmetlerini içermektedir.

Bakım hizmetleri aşağıdaki esaslara göre verilir (md. 11).

- a) Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç özürünün veya ailesinin tercihinine göre; Genel Müdürlüğe bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde, Genel Müdürlüğün izni ile açılan diğer resmî kurum veya kuruluşlara ait merkezlerde, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait özel bakım merkezlerinde veya bakıma muhtaç özürünün ikametgâhında verilir.
- b) Bakım hizmetini verecek olan bakım merkezleri, bakım hizmetleri değerlendirme heyetince hazırlanan bakım raporu doğrultusunda bakıma muhtaç özürünün bireysel özellikleri de dikkate alınarak bireysel bakım planını hazırlar.
- c) Bakım hizmetinin bakıma muhtaç özürünün akrabaları tarafından verilmesi durumunda bakım hizmetleri değerlendirme heyeti bireysel bakım planının uygulanması konusunda bakım hizmetini verecek kişiye rehberlik eder.
- d) Bireysel bakım planının içeriği ve uygulama esasları Genel Müdürlükçe belirlenerek genelge ile bildirilir.

Bakım türleri aşağıda belirtildiği şekildedir.

- a) **Bakım hizmetlerinin Genel Müdürlüğe bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde verilmesi:** Bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin talep etmesi ve kapasitenin uygun olması hâlinde, bakım hizmetleri Genel Müdürlüğe bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden alınabilir.
- b) **Bakım hizmetlerinin Genel Müdürlüğün izni ile açılmış olan diğer resmî kurum ve kuruluşlara ait bakım merkezlerinde verilmesi:** Bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin talep etmesi ve merkezin kabul etmesi hâlinde, bakım hizmeti Genel Müdürlüğün izni ile açılmış olan diğer resmî kurum ve kuruluşlara ait bakım merkezlerinden alınabilir. Bu durumda merkezin bağlı olduğu kurum ve kuruluşa Genel Müdürlük tarafından ödeme yapılmaz. İlgili kurum veya kuruluş bakıma ilişkin giderlerini kendi bütçesinden karşılar.
- c) **Bakım hizmetlerinin Genel Müdürlüğün izni ile açılmış olan özel bakım merkezlerinde verilmesi:** Bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin talep etmesi ve özel bakım merkezinin kabul etmesi hâlinde, bakım hizmeti Genel Müdürlüğün izni ile açılmış olan özel bakım merkezlerinden alınabilir. Bu durumda bakıma muhtaç özürülere sunulan bakım hizmeti karşılığında, bakım ücreti merkeze il müdürlüğü tarafından aylık olarak ödenir.
- d) **Bakım hizmetlerinin bakıma muhtaç özürünün akrabası veya bakıcı personel tarafından ikametgâhında verilmesi:** Bakıma muhtaç özürünün veya yasal temsilcisinin talep etmesi hâlinde, bakım hizmeti Genel Müdürlüğün denetim ve rehberliğinde bakıma muhtaç özürünün akrabası veya bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürünün veya akrabasının ikametgâhında verilebilir. Bu durumda bakıma muhtaç özürülere sunulan bakım hizmeti karşılığında, bakım ücreti bakıma muhtaç özürünün akrabasına veya bakıcı personeli istihdam eden özel bakım merkezine il müdürlüğü tarafından aylık olarak ödenir.

Bakım ücreti il sosyal hizmetler müdürlüğüne ödenen bakıma muhtaç özürünün vefat etmesi veya ikametgâhının değişmesi halinde, bakım hizmetini üstlenen özel bakım merkezi veya akrabası en geç onbeş gün içinde durumu il sosyal hizmetler müdürlüğüne

bildirmek zorundadır. Aksi takdirde sorumlular hakkında hukuki veya idari işlem yapılır (md. 11).

Bakıma muhtaç özürllülere verilecek bakım hizmeti karşılığında ödenecek bakım ücreti tutarları aşağıda belirtilmiştir (md. 13):

- a) Yatılı bakım merkezlerinden, günde yirmidört saat süreyle bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özürllüler için iki aylık net asgari ücret tutarında,
- b) Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde sekiz saat süreyle tam gün hizmet alan bakıma muhtaç özürllüler için bir aylık net asgari ücret tutarında,
- c) Gündüzlü bakım merkezlerinden, günde dört saat süreyle yarım gün bakım hizmeti alan bakıma muhtaç özürllüler için bir aylık net asgari ücretin yarısı tutarında,
- d) Gündüzlü veya yatılı bakım merkezlerinde istihdam edilen bakıcı personel tarafından bakıma muhtaç özürllünün ikametgâhında günde üç saat süreyle hizmet alan bakıma muhtaç özürllüler için bakım merkezine bir aylık net asgari ücret tutarında,
- e) Akrabaları tarafından günde yirmidört saat süreyle bakılan bakıma muhtaç özürllüler için bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılır.

Gerek tıbbi gerekse de evde sosyal bakım hizmetlerinin düzenlendiği yönetmelikte, bakım parasının alınmasına da imkân tanınmaktadır. Ancak bakım hizmetlerinden ve bakım parası uygulamasından yararlanabilme hakkının, özürllünün başkasının yardımı ve bakımı olmadan hayatını idame ettiremeyecek kadar ağır derecede özürllü olması, sosyal güvencesinin bulunmaması, ailesinin ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olması şartlarına bağlanmış olması dünya ülkeleri ile kıyaslandığında eksik bir yaklaşım olarak nitelendirilmektedir.

Bu yönetmeliğin esas olarak merkezi idarenin maddi açıdan zor durumda olan bakıma muhtaçların kurumsal bakım/evde bakım hizmetlerini düzenlediğini var sayarsak, diğer bakıma muhtaç vatandaşların kurumsal/evde bakım hizmetlerinin Bakım Sigortası Yasası ile düzenlenmesi ihtiyacı ve gerekliliği açıkça ortaya çıkmaktadır.

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

1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığınca, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanları (md. 2) hakkındaki düzenlemeleri içermektedir.

Yönergeye göre, evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır (md. 5).

Evde sağlık hizmetleri biriminde asgari bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru, bir şoför ve bir tıbbi sekreter (ya da uygun nitelikte bir personel) görevlendirilmek zorunludur. Mevcut olması halinde bir fizyoterapist, bir diyetisyen, ihtiyaç halinde bir psikolog, bulunmaması halinde ise sosyal çalışmacı veya her ikisi birden bu ekibe dahil edilebilir (md. 10).

Başvurular, hastalar veya aile bireyleri tarafından yapılabilir (md. 16). Başvurular en kısa zamanda duruma göre, tabip, hemşire veya sosyal çalışmacı tarafından ikametlerine gidilerek vaka yerinde değerlendirilir. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran kişi veya aile bireyelerine değerlendirme sonucu konusunda, menfi veya müspet olup olmadığına bakılmaksızın, en kısa sürede bilgi verilir. Başvurusu olumsuz neticelenenler sebepleri konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilir. Hastanın evde sağlık hizmetine kabul edilip edilmediği koordinasyon merkezine ve kayıtlı olduğu aile hekimine de bildirilir. Aile sağlığı merkezi veya aile hekimi kendisine kayıtlı hastalardan evde sağlık hizmeti alması gerektiğine karar verdiği hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirler. Hizmetin seviyesi, kapsamı, süresi ve benzeri konularda birim ile aile hekimliği arasında itilafa düşülmesi halinde

koordinasyon merkezi itilaf konusunu, komisyon marifetiyle karara bağlar. Koordinasyon merkezinin kararı kesindir (md. 17)

Evde sağlık hizmetleri randevu sistemine dayalı olarak yürütülür. Vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık dilimler halinde önceden hazırlanan ziyaret gün ve saatlerini, ekipte yer alacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı evde sağlık hizmeti verilecek kişi veya aile bireylerine önceden bildirilerek randevu alınır (md. 19).

Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi hastalığın teşhisini koymak olmayıp daha önce ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde ve kişinin bulunduğu ev ortamında; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler, hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi ve hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsamaktadır (md. 14).

Görüldüğü gibi Yönerge, sadece evde tıbbi bakıma yönelik düzenlemeleri içermekte olup, sosyal bakım ile ilgili herhangi bir düzenleme içermemektedir.

### **3.1.3.2. Yerel Yönetimlerin Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna İlişkin Yasal Düzenlemeler**

5393 sayılı Belediye Kanunu, belediyeleri (mahalli müşterek nitelikte olmak şartıyla), sosyal hizmet ve sosyal yardıma yönelik faaliyetleri yapmak veya yaptırmakla görevli kılmış, hizmet sunumunda özürlü, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulamak durumunda olduklarını hükme bağlamıştır (md. 14).

5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ise il özel idarelerini (mahallî müşterek nitelikte olmak şartıyla), il sınırları içinde sosyal hizmet ve yardımlar yapmakla yükümlü kılmıştır (md. 6).

Belediyelerin ve il özel idarelerinin sosyal hizmetlerden yükümlü kılınmaları ile dolaylı olarak evde bakım hizmetleri ile ilişkilendirilebilecek olan bu yasaların yanında, evde bakım hizmetlerinin yerel yönetimler tarafından sunumunu, doğrudan düzenleyen yasal metin 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'na dayanılarak çıkarılan Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği'dir.

### **3.1.3.2.1. Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

10.07.2004 tarihli ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu'nun Ek 1. maddesine dayanılarak hazırlanan 16.08.2006 tarihli Büyükşehir Belediyeleri Özürlü Hizmet Birimleri Yönetmeliği'nin amacı; büyükşehir belediyesi ve mücavir alanları içerisinde yaşayan özürülülerin, toplum hayatına katılımını kolaylaştıracak ve toplumsal fırsatlardan özürülü olmayan diğer bireyler gibi eşit faydalanmalarını sağlamak üzere; büyükşehir belediyelerinde özürülülerle ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, bakım, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri verecek olan özürülü hizmet birimlerinin kuruluş, işleyiş ve görevleri ile bu birimde çalışan personelin, yetki, sorumluluk ve görevlerine ilişkin usul ve esaslarını düzenlemektir.

Yönetmeliğin 8. maddesine göre özürülü hizmet birimlerinin görevleri şunlardır:

- a) Özürülü bireyler ile ilgili veri tabanı oluşturmak.
- b) Özürülülerin toplum hayatı ile bütünleşmelerini sağlayıcı ve kolaylaştırıcı çalışmaları yürütmek, sportif, sosyal ve kültürel aktiviteler yapmak, teşvik etmek ve yaygınlaştırmak.
- c) Üniversiteler, özel kuruluşlar, özürülülere hizmet amacıyla kurulmuş vakıf, dernek ve bunların üst kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarıyla ortak çalışmalar yaparak özürülülere yönelik toplum temelli rehabilitasyon programlarını uygulamak.
- d) Birime başvuran özürülü ve ailelerine psiko-sosyal danışmanlık ve rehberlik hizmetleri vermek, özürülülükle ilgili konularda eğitilmelerini, bilgilendirilmelerini ve bilinçlenmelerini sağlayıcı, konferans, seminer, sempozyum gibi etkinlikler düzenlemek.



- e) Özürlülüğü önlemeye yönelik kitap, dergi, broşür gibi basılı, sesli ve görsel yayımları hazırlamak, yayımlamak ve dağıtmak.
- f) Özürlü ve aileleri için bilgilendirme, bilinçlendirme hizmetleri vermek, bu hizmetleri verecek personelin teknik bilgi ve beceriye sahip olması için gerekli eğitimi almasını sağlamak.
- g) Özürlüleri nitelikli işgücü haline getirerek, çalışma yaşamına katılmalarını sağlamak üzere mesleki rehabilitasyon ve eğitim programları için başvuran özürlüleri değerlendirerek uygun mesleki rehabilitasyon ve mesleki eğitimleri vermek.
- h) Ekonomik durumu yetersiz özürlülere ayni ve nakdi yardım yapmak.
- i) İhtiyaç halinde özürlülerin durumlarına uygun araçlarla buldukları mekanlardan hastane, okul ve rehabilitasyon merkezi gibi yerlere ulaşımını sağlamak.
- j) Bakıma muhtaç özürlülere ve yaşlılara bakım hizmeti sunmak veya bu hizmeti ilgili mevzuat gereğince satın almak.

Bu çerçevede Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin Özürlü Hizmet Birimi'nin % 40 özürlü raporu bulunan özürlülere evde bakım hizmeti verdiği bilinmektedir.

### **3.1.3.3. Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetleri Sunumuna İlişkin Yasal Çerçeve**

Evde bakım hizmetleri sektörü, dünyada hızla büyüyen sektörlerden birisidir. Türkiye'de son yıllarda evde bakım hizmeti veren özel kuruluşların sayısının hızla arttığı bilinmektedir. Pek çok özel hastanenin yanı sıra, sadece evde bakım hizmetine odaklanmış özel firmalar evde bakım sektöründe rol almaktadırlar. Özel sektörün sunduğu evde bakım hizmetleri, nispeten gelir durumu yüksek olan bakıma muhtaç kimseler tarafından tercih edilmektedir.

Özel sektörün evde bakım hizmetleri sunum esasları Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik çerçevesinde düzenlenmiştir.

### **3.1.3.3.1. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

10.03.2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslarını düzenlemektedir (md. 1).

Yönetmeliğe göre; sağlık kuruluşları faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamı, altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilirler (md. 5). Merkezler, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluşlardır (md. 6). Birimler ise hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluşlardır (md. 7). Yönetmelik, evde bakım merkezlerinin ve birimlerinin açılışı ve işleyişine dair detaylı hükümler içermektedir.

Evde bakım hizmeti verecek sağlık kuruluşunda, mesul müdür veya birim sorumlusu haricinde, birinin tam zamanlı görev yapması koşuluyla en az iki hekimin (md. 12), isteğe bağlı olarak bir tanesinin ebe olma imkânı ile birlikte kadrolu en az dört hemşirenin veya sağlık memurunun görev yapması zorunludur (md. 13). Evde bakım hizmeti veren merkez veya birimin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli ile bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli de çalıştırması mümkündür (md. 14).

Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. Ancak ihtiyaç durumunda belirli saatlerde evde bakım hizmeti verilmesi de mümkündür (md. 19).

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme

yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır.

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır.

Sağlık kuruluşları evde bakım hizmeti sundukları kişilerin acil durumlarında ambulans ile en uygun bir sağlık kuruluşuna naklini yapmak/yaptırmak ile yükümlüdür. Evde bakım merkezi bünyesinde ambulans bulundurabilir veya her türlü acil durumlarda başvurulması için bir ambulans şirketi ile sözleşme yapabilir (md. 21).

Merkez veya birimler, evde bakım hizmeti verdikleri sırada gerekli olabilecek oksijen, oksijen konsantretörü, pulse oksimetre, her türlü solunum araçları, ortopedik malzemeler, havalı yatak, hasta karyolası, tekerlekli sandalye gibi cihazları sağladıkları taktirde bu cihazların kalibrasyon, temizlik ve kontrollerinden de sorumludur. Bu hizmeti, tescilli distribütör veya üreticilerden sağladığı taktirde bu firmalarla yaptığı sözleşmeleri belgelemekle yükümlüdür (md. 22).

Günümüzde toplumun evde sağlık bakımı hizmeti gereksinimine cevap vermek üzere özel evde bakım şirketleri kurulmaktadır. Özel evde bakım kuruluşlarının hizmetleri bugüne kadar hemşirelik hizmetleriyle sınırlı kalmaktaydı. Ancak gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasıyla hızla multi-disipliner ekibi olan evde bakım kuruluşları kurulmaya başlamıştır (Aydın, 2005: 18).

### **3.1.3.4. Merkezi İdarenin, Yerel Yönetimlerin ve Özel Sektörün Evde Bakım Hizmetleri Sunumlarına Yönelik Ortak Yasal Düzenlemeler**

2008 tarihli Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik hem merkezi idarenin, hem yerel yönetimlerin hem de özel sektörün evde bakım hizmetleri sunumlarına yönelik ortak düzenlemeler içermektedir. Çünkü Yönetmelik, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerince açılacak yaşlı hizmet merkezleri tarafından yaşlılara verilecek gündüzlü bakım ile evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamına almaktadır.

Yönetmeliğin yerel yönetimler ile bağlantılı kısmına Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı'na bağlı Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında kurulan ve yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerini yürüten Yaşlılara Hizmet Merkezi örnek olarak gösterilebilecektir.

#### **3.1.3.4.1. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri**

07.08.2008 tarihli ve 26960 sayılı Remi Gazete'de yayımlanan "Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik", huzurevi bakımını tercih etmeyen yaşlılar için gündüzlü bakım ve evde bakım hizmetlerinin niteliğini ve bu hizmetleri yerine getiren birim ve personele ilişkin usul ve esasları belirlemektedir (md. 1).

Yönetmelik, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü ve diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerince açılacak yaşlı hizmet merkezleri tarafından yaşlılara verilecek gündüzlü bakım ile evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır (md. 2).

Yaşlı hizmet merkezlerinde doktor, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog ve yaşlı bakım elemanının yanı sıra teknisyen, teknisyen yardımcısı, aşçı ve şoför gibi personel görev yapmak zorundadır. Bunun haricinde merkezler tam veya yarı zamanlı olarak fizyoterapist, diyetisyen ve uğraş terapisti çalıştırılabilmektedir.

Yaşlı hizmet merkezlerinde verilen hizmetler, gündüzlü bakım hizmeti ve evde bakım hizmeti şeklinde yürütülmektedir (md. 25). Gündüzlü bakım hizmeti, aşağıda belirtilen amaçlarla verilen hizmetleri kapsamakta ve bu hizmetler gündüzlü bakım hizmeti birimi tarafından yürütülmektedir:

- a) Ev ortamında yaşayan akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlıların boş zamanlarını çeşitli sosyal etkinliklerle değerlendirmek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırarak onların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmak,
- b) Yaşamını evde ailesi, akrabalarıyla veya yalnız sürdüren demans, alzheimer gibi hastalığı olan yaşlıların yaşam ortamlarını iyileştirmek, boş zamanlarını değerlendirmek, sosyal, psikolojik ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi imkânlarıyla karşılamakta güçlük çektikleri konular ile günlük yaşam faaliyetlerinde destek hizmetleri vermek, ilgilerine göre faaliyet grupları kurarak sosyal faaliyetler düzenlemek suretiyle sosyal ilişkilerini zenginleştirmek, aktivitelerini artırmak ve gerekli olduğu zamanlarda aileleri ile dayanışma ve paylaşma sağlanarak yaşlının yaşam kalitesini artırmak.

Evde bakım hizmeti ise evde bakım hizmeti birimi tarafından yürütülmekte ve akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özrü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu, akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla yaşlının evinde yaşlı hizmet merkezlerince sunulan sosyal ve psikolojik destek hizmetlerini kapsamaktadır.

Evde bakım hizmeti yaşlının veya yakınlarının talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde yirmi dört saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde düzenlenebilmektedir. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde de evde bakım hizmeti verilebilmektedir.

Kamu veya özel yaşlı hizmet merkezleri, bu hizmetlerden yararlanmak isteyen ve herhangi bir geliri olmayan, bakacak kimsesi bulunmayan yaşlılara, kapasitelerinin yüzde beşi oranında ücretsiz hizmet vermek zorundadırlar.

### **3.2. İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Uygulamaları**

İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri, Türkiye’de evde bakım hizmetlerini uygulamaya başlayan ilk üç büyükşehir belediyesi olarak gösterilmektedir. Literatürde evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk belediyenin İstanbul Büyükşehir Belediyesi olduğu yönündeki atıflara rağmen, bu araştırma ile Türkiye’de evde bakım hizmetleri uygulamasını ilk Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin başlattığı tespit edilmiştir. Nitekim İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetleri uygulamasını 2001 yılında, Ankara Büyükşehir Belediyesi ise 1994 yılında başlatmıştır.

Evde bakım hizmetleri sırası ile Ankara, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nde başlatılmasına rağmen, çalışmada belediyelerin büyüklükleri esas alınarak bir sıralama yapılması uygun görülmüştür. Bunun neticesinde ilk sırayı İstanbul, ikinci sırayı Ankara, üçüncü sırayı ise Kocaeli Büyükşehir Belediyesi almıştır.

Araştırmada anılan büyükşehir belediyelerinin (Sağlık ve) Sosyal Hizmetler Daire Başkanlıkları ile bağlı olan evde bakım merkezlerinden hizmetlerin planlanmasından ve koordine edilmesinden sorumlu kimseler ile yarı biçimlendirilmiş, derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Mülakatlar önceden alınan randevular çerçevesinde kurumlara bizzat gidilerek yapılmış, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Bu bağlamda İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden iki, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nden dört, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nden ise üç kişi olmak üzere toplamda dokuz kişi ile görüşülmüştür. Görüşmelere ek olarak büyükşehir belediyelerinden evde bakım hizmetleri ile ilgili gerekli veriler ve tanıtıcı broşürler de alınmıştır.

Yapılan mülakatlar ile elde edilen veriler ve tanıtıcı broşürler sistematik bir şekilde yorumlanmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede öncelikle ilgili belediye ile yapılan mülakat süreci hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra onüç temel başlık belirlenmiş ve her belediyenin evde bakım hizmetleri uygulamaları sırası ile bu onüç başlık çatısı altında incelenmiştir.

### **3.2.1. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri sunumu hakkında bilgi sahibi olmak için öncelikle gerekli telefon görüşmeleri yapılmış, bu görüşmeler neticesinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi araştırmanın yapılabilmesi için doktora tez çalışmasının yapıldığı üniversiteden onaylı resmi bir yazı gönderme şartı koşmuştur. İstenen resmi yazı ilgililere fakslanmış ve randevu alınmıştır.

Randevu tarihinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü'ne gidilerek bazı broşürler edinilmiş ve Tıbbi İşler Müdür Yardımcısı ile genel bir mülakat yapılmıştır. Ayrıntılı mülakat için Tozkoparan'da bulunan Evde Bakım Hizmetleri Merkezi'ne gidilerek, evde bakım hizmetleri proje koordinatörü ile görüşülmüştür. Önceden hazırlanan sorulara ek olarak, görüşmenin gidişatına bağlı olarak yeni sorular da sorulmuş, bu anlamda derinlemesine, yarı biçimlendirilmiş mülakat tekniği uygulanmış, mülakatlar ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır.

#### **3.2.1.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, İstanbul sınırları içerisinde fakir ve muhtaç hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermeye 2001 Aralık ayında başlamıştır. Evde sağlık hizmetleri bu amaca uygun olarak 2001 yılında Kadıköy ilçesinde hasta bireyleri tespit çalışmaları ile başlatılmıştır. Bu yıl içinde 24.456 hane ziyaret edilerek tespit edilen 341 hastaya evde bakım hizmeti verilmiştir.

2002 yılında hizmet alanı genişletilerek Bağcılar, Fatih, Pendik, Kadıköy, Kâğıthane, Zeytinburnu, Esenler, Maltepe ilçelerinde de hane tespiti çalışmaları yapılmıştır. 2002 yılında 293.476 hane ziyaret edilerek 2033 kişiye evde bakım hizmeti verilmiştir.

2003 yılında proje daha da genişletilerek İstanbul'un 19 ilçesine (Adalar, Avcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Bayrampaşa, Beşiktaş, Beykoz, Küçükçekmece, Beyoğlu, Eminönü, Eyüp, Sarıyer, Şişli, Tuzla, Ümraniye, Üsküdar, Gaziosmanpaşa, Güngören, Kartal) yayılmıştır. Bu ilçelerde de hane tespit çalışmaları çerçevesinde 833.246 hane ziyaret edilerek 71.229 hasta tespit edilmiş, bunların muayene ve tedavileri yapılmış, 75.116 hasta için evde hemşire bakımı hizmeti sağlanmış, hastanede tedavi olması gereken hastaların tedavileri yapılmış ve ilaçları temin edilmiştir.

2004 yılında da hane tespit çalışmalarına devam edilmiş, 2003 yılı içinde tespit işlemi biten Üsküdar, Beykoz, Sarıyer ve Şişli ilçelerinde 180.748 tespit ziyareti gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaretler neticesinde 59.724 hane evlerinde hasta birey olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan ön inceleme neticesinde hanelerden 28.965 haneye doktor ve hemşireden oluşan değerlendirme ekipleri tarafından ziyaretler yapılarak, bu hanelerde 32.915 bireyin bakım gereksinimi olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların yapılan ilk muayeneleri neticesinde reçeteleri düzenlenmiş, gerekenler çeşitli hastanelere sevk edilmiştir. Ayrıca bu bireylerin 12.085'inin hemşirelik bakımına ihtiyacı olduğuna karar verilmiş ve bu kişilere toplam olarak 53.403 defa evde sağlık bakımı hizmeti götürülmüştür.

2004 yılı içinde 1436 hastanın uzman muayenesi, 275 hastaya operasyon yaptırılmış, 137 hastanın hastanelerde yatarak tedavisi sağlanmıştır. Yine bu yıl içinde tedavi edilen hastalara 20.583 adet reçete düzenlenmiş ve 62.481 adet ilaç ücretsiz olarak verilmiştir.

Evde bakım hizmetleri kurulduğundan 2005 yılına kadar hane tespit çalışmaları devam etmiştir. 2005 yılından itibaren ise başvurular alınmaya başlamıştır.

Yaşlılar için planlanan hizmetlerde hedef grubun da katılımını sağlamak, görüş ve katkılarını almak amacıyla her ilçeyi ve ilgili sivil toplum kuruluşlarını temsilen bir kişiyi katıldığı, "İstanbul Yaşlı Hizmetleri Danışma Kurulu" oluşturulmuştur. Kurul ilk toplantısını 15 Eylül 2005 tarihinde yapmıştır. 27 üyesi bulunan Kurul, yaşlıların en önemli sorunlarının hastalık, yalnızlık ve kimsesizlik olduğunu, belediyelerin yalnızlığı giderici projeler üretme, rehabilitasyon ve sağlık hizmetleri verme, kurumda bakım hizmetleri yerine evde bakım hizmetleri verme yönünde sorumluluklarının olması gerektiği üzerinde görüş birliğine sahip olup, bu çalışmalar ile ilgili her türlü desteği verme yönünde karar almıştır.

Önceleri Sağlık Daire Başkanlığı bünyesinde Darülaceze müdürlüğünün yataklı bakım merkezi, Sağlık İşleri Müdürlüğü'nün evde sağlık hizmetleri; sosyal hizmetler ve özürlüler müdürlüğünün toplum temelli rehabilitasyon projesi birimleri uygulamaları kapsamında 65 yaş ve üzeri için ağırlıklı olarak sağlık ve bakım hizmetleri yürütülmekteydi. Yeni bir planlamayla hizmetler, üniversite işbirliği ile mobil ve immobil yaşlılara yönelik olmak üzere iki ana başlıkta toplanmış ve yaşlının barınma,



beslenme, ısınma gibi konulardaki sosyal ihtiyaçları da tespit edilerek hizmet kapsamında planlamaya dahil edilmeye başlamıştır.

Ancak gerek mülakatlardan, gerekse de elde edilen verilerden İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin ağırlıklı olarak evde sağlık bakımı hizmetlerini kapsadığı anlaşılmaktadır.

### **3.2.1.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni**

Yapılan mülakatlarda, İstanbul Büyükşehir Belediyesi yetkilileri evde bakım hizmetlerini Türkiye'de "ilk" kendilerinin başlattığını vurgulayarak, hizmetleri başlatma nedeni olarak kendi belediyeçilik anlayışlarının insana verdiği değeri, insan ile kurulan yakın ilişkileri göstermişlerdir (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.1.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'na bağlı olan Sağlık Daire Başkanlığı-Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü çatısı altında organize olmuştur.

Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü, her sene evde bakım hizmetlerinin ihalesini vermektedir. İhaleyi, evde bakım hizmetleri başladığından bu yana bir belediye iktisadi teşekkülü (BİT) olan İstanbul Sağlık A.Ş. almaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu ve denetimi ise merkezi Tozkoparan'da bulunan Evde Bakım Hizmetleri Merkezi tarafından sağlanmaktadır. Evde bakım Hizmetleri Merkezi'nin Küçükçekmece, Edirnekapı ve Üsküdar'da bağlı ofisleri bulunmaktadır. Bu şekilde örgütlenmenin nedeni olarak, çok büyük bir şehir olan İstanbul'da hizmetlerinin daha etkin bir şekilde yürütülmesini sağlama amacı gösterilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.1.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri sunumunda 160'ı ihale personeli, 8'i belediyenin kendi personeli olmak üzere toplam 168 personel görev yapmaktadır. Bu personel sayısına temizlik ve güvenlik personeli dahil değildir.

İhale personelinin çoğunu sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Sadece bir tane sosyolog, 9 tane de sosyal çalışmacı bulunmaktadır.

### **3.2.1.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için gerekli tek kriter "kişinin İstanbul'da yaşaması, bakıma muhtaç olması ve maddi durumu açısından eve bir hemşire, bir fizyoterapist getiremeyecek durumda olması" şeklinde ifade edilmektedir (Kişisel görüşme, 2010). Bu bağlamda hizmetlerin sunumunda herhangi bir yaş şartı aranmamaktadır. Ancak ağırlıklı olarak, yaşla birlikte bakım ihtiyaçlarının artmasına paralel olarak, 65 yaş üstü bireylere hizmet götürülmektedir.

Hizmetler, kişilerin sosyal güvencelerinden de bağımsızdır. Sadece hastane ve ilaç hizmetlerinden yararlanabilmek için kişinin sosyal güvencesinin olmaması şartı aranmaktadır.

### **3.2.1.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için başvurular çoğunlukla telefonla olmak üzere doğrudan ya da internet üzerinden yapılabilmektedir. Yapılan başvurular hemen değerlendirilmekte, başvuruda belirtilen adrese bir sosyal çalışmacı giderek durum tespiti yapmaktadır. Tespit çalışmasında, hastanın sağlık durumu, yaşadığı ortam, maddi durumu ve ailesine ilişkin incelemelerde bulunmaktadır.

Durum tespiti sonucunda kişinin evde bakım hizmeti alması uygun görülürse, kişiye ilişkin bilgiler İstanbul Sağlık A.Ş.'ye iletilmektedir. Hastanın durumu acil bir ambulans gerektirmiyorsa, evde bakım doktoru gerekli malzemelerle en geç iki saat sonra hastanın evine giderek ilk muayenesini yapmaktadır. Bu muayene sonucunda reçetesi düzenlenip, ilaçları temin edilerek sağlık personeli tarafından evine ulaştırılmakta ve ilaç kullanımı hakkında hasta bilgilendirilmektedir. İlk muayeneyi yapan hekim, koymuş olduğu hastalık teşhisi ile ilgili olarak hastanın evde hemşirelik bakımı ihtiyacı olduğunu tespit ettiğinde bunu evde bakım hemşiresine bildirmekte, buna göre bir bakım planı oluşturulmaktadır.

Evde tedavisi neticelendirilemeyecek derecede hasta olan kişiler ilgili uzman muayenesi, gerekli tetkikler, operasyonlar ve diğer hastane işlemleri için hastanelere sevk edilmektedir.

### 3.2.1.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısına ilişkin veriler çok dağınıktır. Bu anlamda İ.B.B.'nin veri tutmak konusunda ciddi bir eksikliği olduğunu söylemek mümkündür. Aşağıdaki tabloda 2001, 2002 ve 2003 yılına ait veriler İ.B.B.'den elde edilen broşürlerin birindeki bilgilere göre oluşturulmuş, 2004 yılından itibaren yer alan veriler ise Evde Bakım Merkezi'nden temin edilmiştir. Bu dağınıklığın nedeni sorulduğunda, cevap olarak İ.B.B.'nin evde bakım hizmetlerinin 2005'ten önce hane tespit ziyaretleri ile birlikte yürüdüğü, 2005'ten itibaren evde bakım başvuruları alınmaya başlandığından verilerin 2005'ten itibaren daha sağlıklı bir şekilde tutulmaya başladığı verilmiştir. Mülakatta veriler konusundaki sıkıntının diğer bir nedeni olarak ise çok fazla kişiye hizmet götürülmesi gösterilmiştir.

**Tablo 7. Yıllara Göre İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Cinsiyete Göre Sayıları**

DÖNEM	Erkek Hasta Sayısı	Bayan Hasta Sayısı	Toplam Hasta Sayısı
2001			341
2002			2033
2003			75.116
2004			17.378*
2005			29.439
2006	4.227	7.728	11.955
2007	2.844	4.602	7.446
2008	2.923	4.307	7.230
2009	2.954	3.855	6.809
2010**	1.335	1.772	3.107

\* Örneğin İ.B.B.'den elde edilen bir broşürde 2004 yılında 12.085 kişiye evde bakım hizmeti götürüldüğü yazmaktadır.

\*\* 2010 yılına ait veriler 1 Ocak.2010-30 Nisan 2010 tarihleri arasında kapsamaktadır.

Tablo incelendiğinde 2006 yılından sonra hizmet alan kişi sayısında azalma olduğu görülmektedir. Bu durumun kişi başına düşen ziyaret sayısının artmış olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir.

### 3.2.1.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler

İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetleri kapsamında ağırlıklı olarak evde sağlık bakımı/evde tıbbi bakım hizmetleri vermektedir. Her ne kadar sosyal bakım hizmetleri verilse de, kapsam itibarıyla tıbbi bakım hizmetlerinin çok geniş yer tuttuğu aşağıdaki tablodan da anlaşılmaktadır. Zaten hizmetlerin tarihçesinde de belirtildiği gibi İBB evde bakım hizmetlerini evde sağlık bakımı hizmetleri olarak başlatmış, birkaç yıl önce bu hizmetlere sosyal bakım hizmetlerini de ekleme kararı almıştır.

**Tablo 8. Yıllara Göre İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verdiği Hizmetler**

DÖNEM	Doktor Değerlendirme Ziyareti	Hemşire Bakım Ziyareti	FTR*	Reçete	İlaç	Psikolog	Ev Temizliği	Kişisel Temizlik
2002	10.294	9.646	-	-	-	-	-	-
2003	71.229	94.662	-	21.468	97.928	-	-	-
2004	34.691	57.446	-	20.841	62.481	-	-	-
2005	47.622	21.697	2.250	40.302	125.131	-	-	-
2006	19.818	22.941	4.255	22.908	84.436	-	-	-
2007	18.987	35.462	10.528	16.075	77.144	-	207	-
2008	19.881	51.286	21.042	12.662	68.587	2.638	441	-
2009	19.124	55.000	28.202	10.407	45.243	2.776	475	180
2010	6.365	17.388	3.775	2.388	6.656	1.163	156	96
<b>Toplam</b>	<b>248.011</b>	<b>365.528</b>	<b>70.052</b>	<b>147.051</b>	<b>567.606</b>	<b>6.577</b>	<b>1.279</b>	<b>276</b>

İ.B.B.'nin evde bakım kapsamında verdiği hizmetleri evde tıbbi bakım hizmetleri ve evde sosyal bakım hizmetlerine göre ayırarak detaylı bir şekilde sıralamak mümkündür:

\* Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

### 3.2.1.8.1. Evde Tıbbi Bakım Çerçevesinde Verilen Hizmetler

- Sonda uygulamaları, serum takma, kan alma, katater uygulama, ilaç uygulamaları
- Yarı yatalak ve yatalak durumda olan hastaların vücutlarında oluşan kronik yaraların bakımı
- Hipertansiyon ve diabet hastalarının sağlık durumlarının takibi
- Bebeğin büyüme, gelişim, beslenme takibi ve rutin aşı uygulamaları
- Gebelik takibi ve loğusalık eğitimi
- Hastanın evinde özel eğitimler, egzersizler ve fizyoterapi cihazlarıyla fizik gücü ve dayanıklılığı artırılarak gerekli tedavi rehabilitasyonun sağlanması
- Akciğer enfeksiyonu geçiren, solunum problemi yaşayan hastalara solunum terapisti tarafından gerekli egzersizler verilmesi ve oksijen ve gerekli ilaçların uygulanması
- Uzman teknisyenler tarafından hastanın evinde taşınabilir cihazlarla röntgen çekimi yapılması ve evde sağlık hekimi tarafından sonuçların yorumlanması<sup>19</sup>
- Uzman teknisyenler tarafından hastanın evinde taşınabilir cihazlarla EKG çekimini yapılması ve evde sağlık hekimi tarafından sonuçların yorumlanması
- Evde bakım hemşiresinin hastanın evine giderek inceleme için gerekli laboratuvar materyalini hastadan alıp laboratuvara teslim etmesi ve sonuçların evde sağlık hekimi tarafından yorumlanması
- Hastane hizmetleri: hastaneye sevk veya nakil etme, hastanedeki işlemlerin yapılması, hastanede yanında kalacak kimsesi yoksa refakatçilik hizmetleri verilmesi
- Doktor tarafından gerekli ilaçların reçete edilmesi ve temini

<sup>19</sup> İ.B.B. evde bakım hizmetleri çerçevesinde, 2008 yılında 56, 2009 yılında ise 30 olmak üzere toplam 86 kere evde radyolojik görüntüleme hizmeti vermiştir. Ancak bekledikleri talebi yakalayamadıkları ve maliyetli olduğu için 2010 yılı içerisinde bu hizmetlerin verilmemesine karar verilmiştir (Kişisel görüşme, 2010).

Tüm bu uygulamalar doktor tarafından düzenli olarak takip edilmektedir. Tıbbi uygulamaların hastanın ve yakınlarının yapabileceği şekilde hastaya, ailesine ve diğer yakınlarına eğitim verilmektedir. Sağlık destek hizmeti ile yaşlı hastalar hastalıkları ve bakımları konusunda eğitilerek günlük yaşantılarını daha sorunsuz hale getirmelerine destek olunmakta, yaşlı hastanın ailesi de bu konularda bilgilendirilerek yaşamları kolaylaştırılmaya çalışılmaktadır.

### **3.2.1.8.2. Evde Sosyal Bakım Çerçevesinde Verilen Hizmetler**

- Kronik hastalar, kaza geçiren ve ameliyat sonrası psikolojik desteğe ihtiyacı olan hastalara ailesi ile birlikte psikoterapi uygulanması
- Tıbbi olarak tedavisi mümkün olmayan, son dönemini yaşayan hastalara ve hastaların ailelerine bu devreyi rahat geçirebilmeleri için gerekli desteğin sağlanması
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi sağlayan ekipmanlar, destek cihazlar, oksijen tüpleri ve hasta yatağı gibi tüm tıbbi cihaz ve ekipmanların satışı ve kiralanması
- Hasta karyolası, havalı yatak, tekerlekli sandalye, hareket kısıtlılığı olanlar için destek cihazları (koltuk değneği vb.), oksijen konsantratörleri, her türlü solunum araçları, oksijen tüpleri, ev ventilatörü, ağrı ve infüzyon pompaları ile beslenme pompalarının temini
- Temizlik personeli tarafından yapılan ev temizliği,
- Bakım destek personeli tarafından yerine getirilen kişisel bakım (vücut temizliği gibi) hizmetleri
- Aşevlerinden yemek gönderilmesi
- Ev içi bakım, onarım, tadilat işlerinin yaptırılması<sup>20</sup>
- Sosyal etkinlikler düzenleyerek hizmet alanlarının katılımlarının sağlanması

---

<sup>20</sup> İ.B.B. 2007 yılında 8, 2008 ve 2009 yıllarında 11'er tane olmak üzere toplam 30 ev içi bakım, onarım, tadilat hizmeti vermiştir. Az talep olduğu gerekçesiyle 2010 yılında bu hizmetlerin verilmemesi kararlaştırılmıştır (Kişisel görüşme, 2010).

Sosyal hizmetler ve özürllüer müdürlüğü tarafından toplum temelli rehabilitasyon birimlerinde yaşlı özürllüere de uzman muayeneleri, tetkik ve tedavileri, takipleri, hastanelere ulaşım desteğı, sosyal aktiviteler, evde sosyal hizmet uzmanı ziyaretleri, ev tadilatları ve temizlikleri, aşevinden hazır yemek yönlendirmesi gibi sağık ve sosyal destek hizmetleri verilmektedir. Belediyenin Yardım Sandığı tarafından 65 yaş üzerinde sosyal güvencesiz ve kimsesiz yaşlılara belediye kaynaklarından ayni ve nakdi yardımlar yapılmaktadır. İstanbul Özürllüler Merkezi tarafından özürllü yaşlıların taleplerine göre planlanarak, belediye bütçesinden satın alınan hasta altı bezi, havalı yatak, baston-kanadyen, tekerli sandalye gibi ayni yardımların dağıtılması gerçekleştirilmektedir.

### **3.2.1.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri maliyeti 2009 yılı için 9.5 milyon TL. olarak belirtilmektedir.

### **3.2.1.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi**

Evde bakım hizmetlerinin denetiminden Evde Bakım Merkezi sorumludur. Evde Bakım Merkezi'nde görevli sekiz belediye personeli her gün sahaya çıkarak denetim yapmaktadırlar. Yapılan mülakatta her gün 10-15 civarı hastanın ziyaret edilerek, hizmetlerin yerine getirilip getirilmediğı, memnun kalınıp kalınmadığı, herhangi bir isteğın ya da şikayetin olup olmadığına yönelik sorular sorulduğı belirtilmiştir.

### **3.2.1.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliğı İçinde Olunan Kurumlar**

İ.B.B. evde bakım hizmetleri konusunda üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları ile işbirlikleri yapmaktadır. Hizmetlerin tarihçesinde de belirtildiğı gibi oluşturulan Yaşlı Danışma Kurulu'nda STK'lardan temsilciler bulunmaktadır. Ayrıca belediyenin Yardım Sandığı, Kadın Koordinasyon Merkezi, muhtarlıklar, yeşil kart büroları, anlaşmalı eczaneler, özel ve devlet hastaneleri ile de koordineli çalışıldığı belirtilmektedir.

### **3.2.1.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar**

Yapılan mülakatta Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde de üzerinde durulduğu üzere reçete edilen ilaçların SGK tarafından ödenmemesi konusundaki sıkıntıdan söz edilmektedir.

Evde bakım hekimimiz tarafından yazılan reçeteler SGK tarafından ödenmiyor. Çünkü SGK'nın böyle bir ödeme kalemi yok. İlaç yazdırma konusunda çok başvuru geliyor. Reçete yazar mısınız? diyorlar. Ama bizim yazdığımız reçeteyi SGK karşılamıyor. Çok fazla yatalak hasta var ve özellikle bu grup hastaların ilaç ihtiyacı çok fazla. Aile hekimliği oturursa bu sıkıntı ortadan kalkar (Kişisel Görüşme, 2010).

### **3.2.1.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler**

Yapılan mülakatta İ.B.B.'nin evde bakım hizmetlerini devam ettirmeyi düşündüğü ve bu konuda istekli olduğu belirtilmiştir. Oy kaygısı ile tüm bu hizmetlerin bir yere kadar gideceği ifade edilmiş, insani duyguların, insana hizmetin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Genel olarak sosyal hizmetlerin özel olarak ise evde bakım hizmetlerinin İ.B.B. için bir yük oluşturup oluşturmadığı sorusu, belediyenin zaten sosyal hizmetler için var olduğu, bir yük olarak görmenin mümkün olamayacağı şeklinde cevaplanmıştır.

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetlerini çoğunlukla yerel yönetimler, özellikle de belediyeler yürütmektedir. Merkezi Hükümet (Sağlık Bakanlığı) planlama, kaynak aktarma ve denetlemekle yükümlü kılınmıştır. Bu tür bir model konusundaki görüşleri sorulduğunda ise evde bakım hizmetlerini en iyi belediyelerin yapacağı, Sağlık Bakanlığı eğer evde sağlık diye bir kalem açarsa, kaynak aktarırsa en iyi şekilde yapacaklarını belirtmişlerdir (Kişisel görüşme, 2010).

Bakım sigortasının kurulması konusunda ise fikir belirtilmemiştir.



### 3.2.2. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri sunumu hakkında bilgi sahibi olmak için gerekli telefon görüşmeleri yapıp, randevu alındıktan sonra Ankara Büyükşehir Belediyesi'ne gidilmiştir. Mülakatlar Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürü, Fen İşleri Müdür Yardımcısı, Yaşlılara Hizmet Merkezi'nden bir sosyal hizmet uzmanı ile aynı salonda, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınarak gerçekleştirilmiştir. Mülakatın yanı sıra Yaşlılara Hizmet ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü'nün faaliyetlerine yönelik tüm dokümanlar elden temin edilmiş, Ankara Büyükşehir Belediyesi için övünç kaynağı olarak nitelendirilen sosyal hizmet uygulamalarından Şefkat Evleri'nden<sup>21</sup> bir tanesi ziyaret edilmiştir.

#### 3.2.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'na bağlı, Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında bulunan Yaşlılara Hizmet Merkezi tarafından yürütülmektedir. Yaşlılara Hizmet Merkezi, ev ortamında yaşlının desteklenmesi ve toplumdaki soyutlanmadan yaşamına devam etmesi amacıyla 5 Eylül 1994 tarihinde kurulmuştur.

Ankara Büyükşehir Belediyesi, Türkiye'de evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk büyükşehir belediyesi olma özelliğini taşımaktadır. Merkezin amacı, üyelerinin<sup>22</sup> günlük yaşamlarını kolaylaştırırken, yalnız olmadıklarını onlara hissettirmek ve gösterilen ilgi, sevgi ve şefkat ile onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamak olarak ifade edilmektedir. Türkiye'de bu amacı taşıyan ilk kuruluş olan Yaşlılara Hizmet Merkezi'nin Şubat 2008 itibarıyla 16.371 üyesi bulunmakta iken, 10.03.2010 tarihi itibarıyla genel toplam üye sayısı neredeyse iki katına yükselerek 28.917'ye ulaşmıştır. Eşler de üye olarak hizmetlerden yararlandığından, üye sayısına dahil edilmektedir.

---

<sup>21</sup> Ankara Büyükşehir Belediyesi "Hastane bahçelerinde ve banklarda yatmaya paydos" sloganıyla, Ankara dışındaki illerden tedavi için Ankara'ya gelmiş olan, ancak konaklama imkânı olmayan fakir, muhtaç, dar gelirli hasta ve refakatçilerinin geçici bir süre (çoğunlukla en fazla 30 gün) ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla "Şefkat Evleri"ni hizmete açmıştır. İlki 2003 yılında açılan ve Ankara'da şu an itibarıyla dört tane olan Şefkat Evleri, Türkiye'de bir ilk olarak nitelendirilmektedir. Şefkat Evleri'nde; konaklama, hastane servisi, rehberlik ve danışmanlık ve yemek hizmetleri (sabah kahvaltısı ve akşam yemeği) verilmektedir.

<sup>22</sup> "Üye" ile hizmet alan, hizmetten yararlanan kişi kast edilmektedir.

### 3.2.2.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni

Yapılan mülakatlarda, Ankara Büyükşehir Belediyesi yetkilileri evde bakım hizmetlerinin büyükşehir belediye başkanlarının öncülüğü ile başlatıldığını belirtmişlerdir. Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı'nın önceki görev yerinin SHÇEK olmasına bağlı olarak, sosyal hizmetler konusunda gerekli altyapıya ve duyarlılığa sahip olduğunun, insana hizmetin her şeyden önce geldiğini düşündüğünün altını çizmişlerdir (Kişisel görüşme, 2010).

### 3.2.2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu

Ankara Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü çatısı altında “Yaşlılara Hizmet Merkezi”, “Yaşlılar Lokali”, “Yaşlılar ve Gençler Bilgi Erişim Merkezi”, “Şefkat Evleri” ve “Günlük Barınma Evi” bulunmaktadır.

Evde bakım hizmetleri, Yaşlılara Hizmet Merkezi tarafından organize edilmektedir. Küçükesat'ta bulunan Yaşlılara Hizmet Merkezi'nde hizmetlerin koordinasyonu sağlanmakta ve denetimi yapılmaktadır.

### Şekil 1. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü Organizasyon Şeması



Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri her yıl açık ihale yöntemiyle özel bir firmaya verilmektedir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden farklı olarak ihaleyi farklı firmaların alabildiği belirtilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

#### 3.2.2.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri kapsamında doktor (toplam üç tane), hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, bakım destek elemanı gibi farklı meslek gruplarından insanlar ile çalışılmaktadır. Aşağıdaki tabloda evde bakım hizmetleri organizasyonunda görev yapan personelin statülerine göre sayıları verilmektedir.

**Tablo 9. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi Personel Sayısı**

BİRİM	Memur	İşçi	Sözleşmeli	Ek dersli	Hizmet alımı (yaşlılar hizmet alımı)	Toplam
Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Şb. Md.	7	9	2	10	121	149

Tablodan da görüldüğü gibi, ihale personeli toplam personel sayısı içerisinde çok büyük bir yer işgal etmektedir. Bu durum, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nde de aynı şekildedir. Evde bakım hizmetleri tamamen ihale personeli aracılığıyla yürütülmekte, belediye personeli ise hizmetlerin koordinasyonunu sağlamakta, denetimini üstlenmektedir. Dolayısıyla yeni kamu işletmeciliği çerçevesinde yaşanan sürecin, belediyelerin hizmet sunumunu özel sektörden satın alarak, sadece garantör rolü üstlenmesi boyutu, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde de karşımıza çıkmaktadır.

#### 3.2.2.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinden yararlanmak için Ankara ili sınırları içinde ikamet etmek, 60 yaş ve üzeri olmak ve bakıma muhtaç olma şartları aranmaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri sadece 60 yaş ve üzeri bakıma muhtaç yaşlılara değil, % 40 engellilik raporu bulunan engelli vatandaşlara da aynı şekilde sunulmaktadır. Ancak engelli vatandaşların evde bakım hizmetleri ile Büyükşehir Belediyesi'nin engelli birimi ilgilenmektedir.

### **3.2.2.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci**

Ankara ili sınırları içinde ikamet eden, eşiyile veya yalnız yaşayan 60 yaş ve üzeri yaştaki<sup>23</sup> her birey Merkez'e şahsen veya birinci dereceden akrabaları aracılığıyla başvurabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanı, hizmet almak istediği halde Merkez'e gelmekte güçlük çeken yaşlıların evine giderek incelemelerini yapmakta, yaşlının hangi hizmetlerden nasıl yararlanması gerektiğine karar vermektedir. Alacağı hizmet konusunda yaşlıyı bilgilendirmekte ve ilgili birimlere yönlendirmektedir.

Merkez üyeliği için sadece yaşlının beyanı esastır. Herhangi bir belge veya evrak istenmemekte, sadece kimlik bilgileri yeterli sayılmaktadır.

Sosyal güvencesi ve geliri olmayan ya da asgari ücretin altında bir gelire sahip olan üyeler, bütün hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanabilmektedirler.

Merkez'e üye olan yaşlılar, tüm veya seçtikleri hizmetlerden telefonla randevu alarak yararlanmaktadır. Psiko-sosyal destek, sağlık, temizlik, tamirat için randevu alan üye, belirlenen günde talep ettiği hizmetten yararlanmaktadır. Merkez'in düzenlediği sosyal etkinliklere üyeler telefonla davet edilmekte ve etkinliklere üyelerin katılımı sağlanmaktadır.

### **3.2.2.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı**

2010 yılı Mayıs ayı itibariye şimdiye kadar Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin sunduğu evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı toplamda 29.444'tür. Bu kişilerin 14.880'ini, oransal olarak % 51'ini kadınlar, 14.564'ünü, yani % 49'unu ise erkekler oluşturmuştur. Bu anlamda evde bakım hizmetlerinden yararlananların cinsiyete göre dağılımlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir.

Aşağıdaki tablodan da görüleceği gibi Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmeti götürdüğü kişi sayısı hızla artmıştır. Özellikle 2000'li yıllardan itibaren hizmet alan kişi sayısında çok ciddi artışlar söz konusu olmaya başlamıştır. Bunda, halkın hizmetlerden haberdar olmalarının ve daha fazla talep etmelerinin etkisi büyüktür (Kişisel görüşme, 2010).

---

<sup>23</sup> 60 yaşın altındaki bakıma muhtaçların evde bakım hizmetlerini Ankara Büyükşehir Belediyesi Özürlüler Şube Müdürlüğü yürütmektedir.

**Tablo 10. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı**

YILLAR	KİŞİ SAYISI
1994-1996	368
1997	305
1998	397
1999	520
2000	718
2001	874
2002	1009
2003	3232
2004	6056
2005	9132
2006	13.706
2007	15.704
2008	23.762
2009	28.483
2010	29.444

Bu rakamlardan yola çıkarak, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin günde ortalama 80 kişiye evde bakım hizmeti verdiği belirtilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.2.8. Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Verilen Hizmetler**

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri kapsamında sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, psikolojik destek hizmetleri, rehberlik, refakat, danışmalık hizmetleri, sosyal ve kültürel etkinlikler, temizlik ve bakım hizmetleri, her türlü ev içi tamirata, ekonomik destek hizmetleri, öncelikli hizmet kartı ve yaşlı serbest kartı hizmetleri verilmektedir. Bu hizmet türlerini ayrı alt başlıklar şeklinde incelemek mümkündür. Fakat önce hizmet türlerinin sayılara göre dağılımını içeren bir tabloyla Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri kapsamında hangi tür hizmetlere ağırlık verdiğini tespit etmek, İstanbul ve Ankara Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri ile mukayese yapabilmek açısından önem arz etmektedir.

**Tablo 11. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi'nde Verilen Hizmet Türleri Sayısı**

<b>VERİLEN HİZMETLER</b>	<b>SAYI (1994-2008)</b>	<b>SAYI (2009)</b>	<b>TOPLAM</b>
Temizlik	147.264	20.776	168.040
Sağlık	61.350	6796	68.146
Bakım-Onarım-Tamirat	23.328	1826	25.154
Psiko-Sosyal Destek	12.698	3042	15.740
Üye Kaydı	16.371	5131	21.502

Tablo incelendiğinde sunulan hizmet türleri içerisinde ağırlığın temizlik hizmetlerine ait olduğu dikkat çekmekte, bunu ikinci sırada evde sağlık hizmetleri izlemektedir. Ev içi bakım, onarım, tamirat hizmetleri ile psiko-sosyal destek hizmetlerinin de İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin aksine Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından sıkça verilen hizmetlerden biri olduğu görülmektedir.

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetlerinin sosyal boyutunun güçlü olmasının nedeni olarak belediye başkanının eski görev yerinin Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu olmasına bağlanmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmetler alanında Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin iddialı olduğu belirtilmekte, bu iddia özürülülere, yaşlılara, sokak çocuklarına ve hasta yakınlarına yönelik gerçekleştirilen çeşitli uygulamalar anlatılarak desteklenmekte, alınan ödüllerden bahsedilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde, evde bakım hizmetleri kapsamında hastaneden taburcu sonrası evde bakım hizmetleri uygulanmamaktadır. Hastane maliyetlerini önemli ölçüde azalttığı ve gereksiz yere uzun süre hastane yatağı işgal edilip, hastaneye yatmak için sıra bekleyenlerin çoğalmasıyla sonuçlanan süreci en az indirdiği için Batı'da evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasında önemli bir etkisi olan taburcu sonrası evde bakım hizmetlerinin uygulanmama nedeni olarak, taburcu sonrası hastanın sağlık durumunda meydana gelebilecek herhangi bir komplikasyon riskini üstlenmeyi göze alamamak gösterilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

### 3.2.2.8.1. Sağlık Hizmetleri

Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi evde sağlık hizmetleri kapsamında aşağıdaki hizmetleri vermektedir.

- **Genel sağlık kontrolü:** Doktor ve hemşire üyeyi evinde ziyaret ederek, üyenin genel sağlık kontrollerini yapmaktadır. Ayrıca şikâyetleri dinlenen yaşlı, gerekli görüldüğünde hastanelerin ilgili bölümlerine yönlendirilmekte, yaşlı ve yakınlarına danışman hekimlik hizmeti verilmektedir. İhtiyacı olan üyeye enjeksiyon yapılmakta, serum ve sonda takılmakta, pansuman yapılmakta, tansiyon, şeker ve kolesterol düzeyi ölçülmektedir.
- **Ücretsiz Check-Up:** Sosyal güvencesi olmayan üyelere yılda bir kez belediye hastanesinde check-up yaptırılmaktadır.
- **Acil Sağlık Hizmetleri:** Yardıma muhtaç durumda olan yaşlıların kendilerinin veya yakınlarının talepleri halinde mesai saatleri içinde kurum ambulansı ile en yakın sağlık kurumuna sevkleri yapılmaktadır. Kimsesiz ve muhtaç üyenin vefatı halinde adli tıp, morg ve gasil işlemlerinin yürütülmesine yardımcı olunmakta, cenaze aracı temini ve defin işlemleri yapılmaktadır.
- **Sağlık Taraması:** Haftada bir gün belirlenen bir bölgede veya Merkez'de sağlık taraması yapılmaktadır. Bu esnada yaşlıların şeker, tansiyon ve kolstrol düzeyleri ölçülmektedir. Yaşlı gerekli görüldüğünde hastanelerin ilgili servislerine yönlendirilmektedir. Üyeler için ayda bir kere Merkez'de EKG ölçümü yapılmaktadır.

### 3.2.2.8.2. Sosyal Hizmetler

Bakıma muhtaç ve kimsesi olmayan üyelere talep etmeleri halinde malzemeleri yaşlıya ait olmak üzere haftada bir gün (en az üç çeşit) yemek yapılmakta ve bulaşıkları yıkanmaktadır. Ciddi sağlık sorunları olan, yalnız yaşayan ve bakıma muhtaç üyelerin beden temizliği, sakal-tırnak kesimi ve bakımları yapılmaktadır.

Üyelere kitap, dergi, gazete okunması, sohbet edilmesi, birlikte gezintiye çıkılması, günlük alışverişlerinde yardımcı olunması, sanatsal etkinliklerde ve akraba-dost ziyaretlerinde eşlik edilmesi gibi hizmetler de verilmektedir.

Üyenin talebi halinde telefon, elektrik, doğalgaz, su ve bunun gibi faturaların bedeli yaşlıdan alınarak gerekli merkezlere yatırılmasına yardımcı olunmaktadır.

Üyeye gerekli hallerde hukuki danışmanlık hizmetleri de verilmektedir.

#### **3.2.2.8.3. Psikolojik Destek Hizmetleri**

Yalnız yaşayan üyeler öncelikli olmak üzere yaşlılar, klinik psikolog tarafından periyodik olarak evlerinde ziyaret edilmektedir. Genelde rutin olarak ayda bir defa 45 dakikalık görüşmeler yapılmaktadır. Ancak daha ciddi bir problem mevcut ise görüşmeler daha sık ve daha uzun yapılmaktadır.

Psikolog yalnızlık, stres, temel yaşam olayları (emeklilik, iş kaybı, yakın kaybı, doğal afetler vb.) sonrası uyum problemleri, iletişim çatışmaları, aile problemleri, uyku problemleri vb. gibi konularda yaşlılara psikolojik destek sağlamaktadır. Psikolojik destek hizmetleri sadece bakıma muhtaç bireye değil ailesine de verilmektedir.

Psikolog, yaşlıları ruhsal bozukluklar hakkında bilgilendirmekte, eğer gerekliyse psikiyatrik tetkik, tedavi ve terapötik müdahale amacıyla yönlendirmektedir.

#### **3.2.2.8.4. Rehberlik, Refakat ve Danışmanlık Hizmetleri**

Merkez'e bizzat ya da telefonla müracaat eden yaşlılara sosyal hizmet uzmanları tarafından hizmetler hakkında gerekli bilgiler verilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanı yaşlıyı hizmet alacağı birime yönlendirmekte ve verilecek hizmetin takibini yapmaktadır. Üyeye hizmetin ulaşp ulaşmadığı denetlenmekte; verilen hizmetten üyenin memnun kalıp kalmadığı öğrenilerek, memnun kalmadığı durumlarda gerekli önlemler alınmaktadır.

Merkezde çalışan sosyal hizmet uzmanları ve psikolog tarafından yaşlıların psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları saptanmakta ve ilgili konularda yaşlı bilgilendirilmektedir. Belirlenen sorunların çözümüne yönelik çalışmalara yapılmaktadır.



### **3.2.2.8.5. Sosyal ve Kültürel Etkinlikler**

Yaşlıların günlük hayatını kolaylaştırırken yalnız olmadıklarını onlara hissettirmek, yaşamın güzelliklerini onlarla paylaşmak amacıyla konser, sinema, tiyatro, gezi, eğlence, kamp, yemek, piknik vb. gibi etkinlikler düzenlenmektedir.

Özel günler (Yaşlılar Haftası, resmi bayramlar, Anneler Günü, Babalar Günü, 24 Kasım Öğretmenler Günü vb.) kutlanmakta ve ev ziyaretleri yapılmaktadır. Ayrıca yaşlıların ilgi alanları ve beklentileri göz önüne alınarak çeşitli konularda Merkez'de veya belirlenen başka yerlerde konferanslar ve söyleşiler düzenlenmektedir. Yeni ve eski üyeleri kaynaştırıcı toplantılar yapılmaktadır.

### **3.2.2.8.6. Temizlik Hizmetleri**

Merkez tarafından günlük 60 üyenin evine gidilerek temizlik hizmeti verilmektedir. Temizlik için eve dört veya beş kişiden oluşan bir ekip gitmekte, evin genel temizliği yapılmaktadır. Tozlar alınmakta, yerler silinip süpürülmekte, cam ve kapılar silinmekte, halılar temizlenmekte, mutfağın genel temizliği yapılmakta, tuvalet ve banyo temizlenmekte, varsa balkonlar yıkanmaktadır.

Üyeler iki aylık periyotlarla temizlik hizmetinden randevu alarak yararlanabilmektedirler. Üyenin talebi halinde çamaşırları, perdeleri ve nevresimleri çamaşır makinesi varsa üyenin evinde, çamaşır makinesi yoksa dışarıda yıkanmaktadır. Yıkanan perde, çamaşır ve nevresimler ütülenerek yerlerine yerleştirilmektedir.

### **3.2.2.8.7. Her Türü Ev İçi Tamirat**

Üyelerin yaşamlarını kolaylaştırmak amacıyla ev içi tamirat hizmetleri verilmektedir. Bu çerçevede marangozluk, elektrik ve su tesisatı tamiratları ve boya-badana işlerine yönelik hizmetler merkez tarafından verilmektedir. Yaşlıların evinde onarımı mümkün olmayan ve dışarıda tamir ettirilmesi gereken cihaz ve eşyaların tamirâtı ücretleri yaşlı tarafından ödenmek kaydıyla Merkez tarafından yaptırılmaktadır.

### **3.2.2.8.8. Ekonomik Destek Hizmetleri**

Sosyal hizmet uzmanı ilk olarak müracaat eden yaşlının sosyal güvencesi ve gelir durumunu incelemektedir. Durumu uygun görülen yaşlıya gıda ve yakacak yardımlarını

alması için gerekli yazışmalar ve işlemler yapılarak muhtaç durumdaki yaşlının ücretsiz olarak merkezin tüm hizmetlerinden yararlanması sağlanmaktadır. Ayrıca giyecek ve ilaç yardımı da yapılmaktadır.

#### **3.2.2.8.9. Yaşlı Öncelikli Hizmet Kartı ve Yaşlı Serbest Kartı**

Ankara Büyükşehir Belediye'sinin tüm hizmetlerinden (EGO, ASKİ, Belediye Hastanesi) yararlanmaları amacıyla üyelere "öncelikli hizmet kartı" verilmektedir. Öncelikli hizmet kartını alan yaşlılar, işlerini daha kolay ve çabuk tamamlayabilmektedirler.

Toplumun bir bireyi olarak yaşlıların sosyal yaşama aktif katılımını sağlamak amacıyla "yaşlı serbest kartı" verilmektedir. Bu kart, belediye otobüslerinden ücretsiz olarak yararlanmakta kullanılmaktadır.

#### **3.2.2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti**

Ankara Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetlerinin maliyeti hakkında bilgi vermemiştir. Sadece bu konuda şunları söylemişlerdir:

Maliyet önemli değil. Kamu harcamalarında genel prensip minimum maliyetle kaliteli hizmet sunmaktır. Ama maliyetleri kısıtlam derken hizmetten ödün vermek olmaz. Aslında belediyelerin bütçeleri yanında sosyal hizmetler için ayrılan bütçe çok da fazla değil. Daha da fazla olması geliyor. Talep arttıkça belediye meclisi kararı ile bütçeyi arttırıyoruz. Daha da arttırmaya devam edeceğiz. Kısıtlama gibi bir düşüncemiz yok (Kişisel görüşme, 2010).

#### **3.2.2.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi**

Üyelerin evlerine gidilerek hizmetleri düzenli olarak alıp almadıkları sorulmakta, memnuniyet anketleri doldurulmaktadır.

#### **3.2.2.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlar**

Yapılan mülakatta, kurum temsilcileri, çeşitli kurumların sık sık Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin sosyal hizmet uygulamalarını incelediklerini ifade etmiş, STK'lar, üniversiteler ve diğer kurumların Ankara Büyükşehir Belediyesi ile işbirliği yaptıklarına

dikkat çekmişlerdir. Bu anlamda Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin diğer kurumlarla işbirliği yapma konusundaki eksikliği tespit edilmiştir.

### **3.2.2.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar**

Ankara Büyükşehir Belediyesi yetkilileri, evde bakım hizmetleri uygulamasında herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

### **3.2.2.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler**

Ankara Büyükşehir Belediyesi temsilcileri, evde bakım hizmetleri dahil tüm sosyal hizmetler uygulamalarının belediyeler tarafından uygulaması gerektiğini savunmaktadırlar. Bunun nedenini ise aşağıdaki şekilde açıklamaktadırlar:

Sosyal hizmetlerin tamamını belediyeler uygulamalı. İlçe belediyeleri bile uygulamalı, ama koordinasyon büyükşehir belediyesinde olmalı. Ankara Büyükşehir Belediyesi meclisinde Ankara'nın 24 ilçesinden gelen 130 tane meclis üyemiz var. İlçelerde de büyüklüğüne göre değişmekle birlikte 40, 50, 100 tane meclis üyesi var. İlçe meclis üyelerinin altında da mahalle temsilcileri var, mahalle muhtarları var. Mahalle muhtarları kendi mahallesindeki yoksulu, engelli, yaşlı, ihtiyaç sahibini ilçedeki meclis üyesine bildiriyor. Ayın ilk haftası ilçelerde, ikinci haftası büyükşehir belediyesinde toplantı yapıldığı için mahalledeki sorunlar ilçeye, ilçedeki sorunlar büyükşehir belediyesine, büyükşehirdeki sorunlar da direkt belediye başkanına ulaşıyor. Bu da mahalledeki bir sorunun büyükşehir başkanına bir ay içerisinde mutlaka ulaşacağı anlamına geliyor (Kişisel görüşme, 2010).

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetlerini çoğunlukla yerel yönetimler, özellikle de belediyeler yürütmektedir. Merkezi Hükümet (Sağlık Bakanlığı) planlama, kaynak aktarma ve denetlemekle yükümlü kılınmıştır. Bu tür bir model konusundaki görüşleri sorulduğunda ise evde bakım hizmetlerini en iyi belediyelerin yapacağını belirterek şöyle devam etmektedirler:

Evde bakım hizmetlerini belediyeler uygulamalı. Halkın ihtiyaçlarını en iyi belediyeler tespit eder, en iyi belediyeler karşılar. Bizim kapasitemiz fazlasıyla yeterli. Ama kapasitesi yetersiz olan belediyeler için Sağlık Bakanlığı formatını belirlesin ve fon aktarsın. Evde bakım sadece sağlıkla ilgili değildir ki? Kişinin sosyal ihtiyaçları ne olacak? Sağlık Bakanlığı bu insanların sosyal ihtiyaçlarını nasıl karşılayacak? (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.3. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Uygulaması**

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri sunumu hakkında bilgi sahibi olmak için gerekli telefon görüşmeleri yapıp, randevu alındıktan sonra Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'ne gidilmiştir. Öncelikle Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı ile ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınan bir mülakat yapılmıştır. Daha sonra evde bakım biriminde görevli sorumlu bir personelle mülakat yapılarak, gerekli veriler ve dokümanlar alınmıştır. Bu mülakatlarda evde bakım hizmetlerini ihale yoluyla yürüten özel firmayla da görüşmek tavsiye edildiğinden, ilgili firmanın sorumlusu olan başhemşire ile de mülakat yapılmıştır. Bu mülakatta özellikle evde bakım hizmetlerinde görev alan personel hakkında detaylı bilgiler edinilmiştir.

#### **3.2.3.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi**

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı girişimiyle pilot bir çalışma olarak 20 Eylül 2006 tarihinde Gebze bölgesinde başlatılmıştır. Proje 2007 yılında tüm Kocaeli'ne yaygınlaştırılmıştır.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi tarafından evde bakım hizmetleri, sosyal ve ekonomik açılardan yoksulluk ve yoksunluk içindeki bireylere yönelik olarak sunulan modern bir "tedavi-bakım-destek" sistemi olarak tanımlanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ile Kocaeli genelinde yaşayan sosyal ve ekonomik açılardan yoksulluk ve yoksunluk içindeki bireylerin sağlık konusundaki teşhis, tedavi, bakım ve eğitimleri ile sosyal-kurumsal yönlendirme ihtiyaçlarını karşılamak amaçlanmaktadır.

#### **3.2.3.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedeni**

Yapılan mülakatta, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı evde bakım hizmetlerini öncelikle insani gerekler, sonra da İstanbul ve Ankara'da uygulanan evde bakım hizmetlerinin halk tarafından beğenildiğini, takdir edildiğini gördükleri için başlattıklarını ifade etmiştir (Kişisel görüşme, 2010).

#### **3.2.3.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu**

Evde bakım hizmetleri Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Sağlık İşleri Daire Başkanlığı çatısı altında organize olmuştur. Belediyenin içerisinde küçük bir ofis şeklinde oluşturulmuş olan, evde bakım hizmetleri

biriminde başvurular alınmakta, ihale verilen firmaya iletilmekte ve gerekli kayıtlar tutulmaktadır.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi de tıpkı İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediyeleri gibi evde bakım hizmetlerini ihale yöntemiyle özel sektörden hizmet alımı şeklinde yürütmektedir.

#### **3.2.3.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısı**

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri organizasyonunda bir proje sorumlusu, üç doktor, bir fizik tedavi uzmanı, bir başhemşire, iki psikolog, onaltı hemşire, bir fizyoterapist, ondört bakım destek ve refakat personeli, hasta takip personeli, büro personeli, bilgi işlem personeli ve ulaşım sorumlusu görev almaktadır. Toplamda 67 personel evde bakım hizmetleri organizasyonunda görev yapmaktadır. Ancak bu personelin 20 tanesini şoförler oluşturmaktadır.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetleri organizasyonunda görev alan personelin görev tanımlarını detaylı bir şekilde düzenlemiştir. Aşağıdaki tabloda evde bakım hizmetleri organizasyonunda yer alan personel ve görev tanımları yer almaktadır.

**Tablo 12. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonunda Yer Alan Personel ve Görev Tanımları**

<b>PERSONEL</b>	<b>GÖREV TANIMI</b>
Proje Sorumlusu	Tıbbi ve idari işlemlerin gereği gibi yerine getirilmesini ve personelin takip ve kontrolünü sağlayan, organizasyona dair her türlü prosesin durumu hakkında idareye bilgi veren hekim personeldir. Bu görevler haricinde gerektiği durumlarda sahaya çıkıp doktor değerlendirme hizmeti gerçekleştirir.
Doktor	Sosyal ve ekonomik yoksulluk ve yoksunluğu tespit edilmiş olan ve doktor ziyaretine alınması onaylanan birey ve aileleri yaşadıkları ortamda ziyaret ederek tıbbi muayenesini yaparak duruma göre bakım ve tedavisini düzenler, bakım ve destek hizmetlerinde görev alan hemşire fizyoterapist, bakım destek personeli, hasta takip personeline görev dağılımı yapar, gerektiğinde hastayı diğer sağlık kurumlarına sevk eder.
Fizik Tedavi Uzmanı	Fizik tedavi alması gereken hastaları yaşadıkları ortamda ziyaret eder, tıbbi muayenesini yapar, gerekli tıbbi girişimi düzenleyerek (seans sayısı, seans süresi, uygulanacak tedavi vb.) uygun personele yönlendirir.

Başhemşire	Genel olarak hemşirelik ve bakım destek refakat hizmetlerinden sorumludur. Hemşirelerin ve bakım destek personellerinin görev yapmalarından ve bu hizmetlerin etkin ve verimli sunumundan sorumludur. Sürekli saha denetimi yaparak işin sağlıklı yürütülmesini sağlar. Hemşirelik ve bakım destek refakat hizmetleri dışında proje sorumlusunun vereceği işlerle ve personellerle ilgili görevleri yerine getirir.
Sosyal Hizmet Uzmanı/Psikolog	Organizasyon kapsamında değerlendirilmesi düşünülen birey ve ailelerin sosyal ve ekonomik yoksulluk ve yoksunluklarını ev ziyaretleri ile bilimsel ve yasal kriterlerle yerinde tespit ederek raporlaştıran, gerektiğinde yaşanmakta olan sorun ve gereksinimlerle ilgili bireysel ve kurumsal yönlendirmeler yapacak nitelikte olan, üniversitelerin sosyal hizmetler veya psikoloji lisans eğitimi veren bölümlerinden mezun personel.
Hemşire/Sağlık Memuru/ATT (Acil Tıbbi Teknisyen)	Doktor tarafından kendisine yönlendirilen hastaların gerekli tedavilerini yapar, hastayı ve yakınlarını, bakım destek personelini bu konularda yönlendirerek bilgilendirir, takipli hastaların yara bakımları, stoma bakımı, enjeksiyon, hastaya ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme ve ilaç takibi, inhalasyon vb. takip ederek raporlanmasını sağlar. Hastaya ve ailesine hastalık, tedavi ve bakım ile ilgili bilgi verir ve danışmanlık yapar.
Fizyoterapist	Doktor tarafından kendisine yönlendirilen hastaların gereksinim duydukları fizik-tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını yapar, gerektiğinde hastaya ve yakınlarına, bakım destek personeline eğitim verir.
Bakım Destek ve Refakat Personeli	Hastanın bulunduğu ortamda kişisel bakım ve hijyen ihtiyaçlarının karşılanması, yürütülmesi, oturtulup kaldırılması, yemek yedirilmesi, gereksinim duyulan tüm besinlerin verilmesi, gerektiğinde hastanede refakat edilmesi gibi konularda görev yapan personeldir.
Hasta Takip Personeli	Doktor tarafından gerekli görülen sevkli hastaların takibini yapar, doktor tarafından reçete edilen ilaçların hastaya ulaştırılmasını sağlar.
Büro Personeli	Evde Bakım Hizmetleri organizasyonu kapsamında yapılan her türlü iletişimi ve yazışmaları yapar, hasta dosyalarının arşivlenmesi ve düzenlenmesini sağlar.
Bilgi İşlem Personeli	Proje kapsamında kullanılacak olan bilgisayar programına veri girişlerini yapar, raporları alır ve her türlü dokümantasyon işlerini yapar.
Ulaşım Sorumlusu	Evde Bakım Hizmetleri organizasyonu kapsamında yapılan ev ziyaretleri ve diğer ulaşım hizmetlerinde görev yapar.

### 3.2.3.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi;

- Hastaneye yatmayı gerektirmeyecek şekilde tıbbi tedavi ve bakımı gereken hastalar (felç geçirmiş hastalar, sürekli yatağa bağımlı hastalar gibi) ile
- Herhangi bir tedavi gerektirmeyen, ancak kendine bakamayacak, günlük yaşam aktivitelerini tek başına karşılayamayacak durumdaki bakıma muhtaç kişilere (evde tek başına yaşayan, akraba ve çevresinden destek sağlayamayan yaşlı hastalar gibi) evde bakım hizmetleri sunmaktadır.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi, kişilerin evde bakım hizmetlerinden yararlanmaları için yaş şartı aramamaktadır. Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere her yaştaki bakıma muhtaç insana evde bakım hizmeti götürülse de, hizmet alanların % 80'ini 60 yaş ve üzeri insanlar, özellikle de 70-79 ve 80 yaş üstü kimseler oluşturmaktadır. Yaşlı insanların bakıma muhtaç olma olasılıklarının çok daha yüksek oluşu, evde bakım hizmetlerinden yararlanma oranlarının yüksek olmasını açıklamaktadır.

**Tablo 13. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

YAŞ GRUPLARI	SAYI
0-9	15
10-19	39
20-29	71
30-39	96
40-49	166
50-59	284
60-69	501
70-79	986
<b>80 +</b>	<b>1196</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>3354</b>

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti sunmak için kişilerin sosyal güvencelerine bakmamaktadır. Hizmetten yararlanabilmek için bakıma muhtaç olmak ve bakacak kimsesi olmamak yeterli olmaktadır.

Aşağıdaki tablodan da görüleceği gibi, hizmet alanların yaklaşık % 97'sinin bir sosyal güvencesi bulunmaktadır. Mülakatlarda da özellikle belirtildiği üzere Kocaeli Büyükşehir Belediyesi, evde bakım hizmeti vermek için kişinin sosyal güvencesi olmaması gibi bir şart aramamaktadır (Kişisel görüşme, 2010).

**Tablo 14. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nden Evde Bakım Hizmeti Alan Kişilerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı**

<b>SOSYAL GÜVENCE DURUMLARI</b>	<b>SAYI</b>
SSK	1885
Emekli Sandığı	438
BAĞ-KUR	440
Yeşil Kart	388
Diğer	62
Yok	140
<b>TOPLAM</b>	<b>3354</b>

### **3.2.3.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Süreci**

Evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için öncelikle evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyin kendisi ya da bir yakınının Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Birimi'ne başvuru yapması gerekmektedir. Başvurular telefonla da yapılabilmektedir. Yapılan başvurular incelenerek birey ve ailelerin bizzat yaşadıkları ortamlarda ekonomik ve sosyal yoksulluk ve yoksunluklarına dair tespitler yasal ve bilimsel kriterlere göre raporlaştırılmaktadır. Hazırlanan raporlar evde sağlık hizmeti alacak birey ya da ailelerden hangilerinin doktor ziyaretleri kapsamına alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca raporlama sonucunda birey ya da ailelerin sosyal, ekonomik talep, beklenti ve ihtiyaçlarına uygun kurumsal yönlendirmeler ve bilgilendirme çalışmaları gerçekleştirilmektedir.

Ekonomik ve sosyal yoksulluk ve yoksunluğu tespit edilmiş olan birey veya ailelere bizzat yaşadıkları ortamda doktor ve ekibi tarafından ziyaret düzenlenmektedir. Gerçekleştirilecek ziyaretlerde muayene, teşhis/tespit ve tedavi yapıldıktan sonra duruma göre bir hizmet planı oluşturularak gerekli yönlendirmeler yapılmakta, hasta veya yakınlarına gerekirse eğitim verilmektedir.



Doktor değerlendirme ziyareti sonucunda evde bakıma alınması uygun görülen hastalara hangi bakım planının uygulanacağı, bakımın kaç defa ve hangi zaman aralıklarında yapılacağı gibi durumlar doktor isteminde belirtilerek evde bakım ekibindeki uygun personele yönlendirilmektedir.

### **3.2.3.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı**

1 Mart 2010 tarihi itibariyle Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetleri Birimi'ne toplam 4560 başvuru yapılmış ve değerlendirilmek üzere evde bakım hizmetleri ekibine yönlendirilmiştir. Bu başvurulardan toplam 4300 tanesine sosyal ve ekonomik yoksulluk ve yoksunluk tespiti yapılmıştır. 4300 başvurunun sosyal incelemesi sonucunda, *1938'i (% 58) kadın, 1416'sı (% 42) erkek olmak üzere 3354 kişiye* evde bakım hizmeti gerekli görülerek doktor ziyareti uygun bulunmuştur. 818 ailede ekonomik yoksulluk tespit edilerek ihtiyaçları giderilmesi konusunda Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü'ne havale edilmiştir. 136 ailede ise sosyal ve ekonomik yoksulluk ve yoksunluğa rastlanmamıştır.

01 Mart 2010 tarihi itibariyle proje kapsamında 1284 aktif hasta bulunmaktadır. 965 hasta daha önce hizmet almış olup dosyası geçici olarak durdurulmuştur. Bu kişilere telefon numarası bırakıldığından, gerekli olduğu durumlarda ekiplere ulaşabilmektedirler. 1104 hasta ise hizmet almış, fakat vefat etmiş olan hastalardır.

### **3.2.3.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler**

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri kapsamında,

- Doktor Değerlendirme Hizmeti
- Fizik Tedavi Uzmanı Değerlendirme Hizmeti
- Hemşirelik Hizmeti
- Fizik Tedavi Hizmeti
- Bakım Destek ve Refakat Hizmeti
- Sosyal Güvencesi Olmayan Hastaların İlaç Giderlerinin Karşlanması

- Sosyal Güvencesi Olmayan Hastaların Uzman Hekim Muayene Giderlerinin Karşılanması
- Sosyal Güvencesi Olmayan Hastaların Laboratuvar ve Radyolojik Tetkik Giderlerinin Karşılanması gibi hizmetler verilmektedir.

Ayrıca yapılan mülakatlarda ekonomik durumu yeterli olmayan hastaların hasta bezi, hasta karyolası, havalı yatak, idrar sondası, beslenme sondası, şeker ölçüm cihazı gibi tıbbi destek ekipmanlarının satın alındığı da belirtilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

Kocaeli’nde evde bakım hizmetlerine talep hızla artmaktadır. Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere, hizmet verilen kişi sayısı her yıl ikiye katlanarak çoğalmaktadır. Tabloda dikkat çeken bir diğer husus, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nde evde bakım hizmetlerinin çoğunlukla evde tıbbi bakım/evde sağlık bakımı hizmetleri çerçevesinde yürütüldüğü ve evde bakım hizmetlerinin verilmesinde hemşirelerin önemli rol oynadığıdır. Ancak evde sosyal bakım hizmetlerinin (bakım destek ve refakat hizmeti) de yıllar itibariyle arttığı gözlenmektedir.

**Tablo 15. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetlerinin Türe ve Yıllara Göre Dağılımı**

	2006	2007	2008	2009	2010*	TOPLAM
Sosyal ve Ekonomik Yoksulluk ve Yoksunluk Tespiti Hizmeti	506	1.019	804	1.590	381	<b>4.300</b>
Doktor Değerlendirme Hizmeti	401	1.617	3.146	5.983	1.179	<b>12.326</b>
Fizik Tedavi Uzmanı Değerlendirme Hizmeti	-	-	-	187	71	<b>258</b>
Hemşirelik Hizmeti	780	9.716	21.597	41.407	11.252	<b>84.752</b>
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmeti	295	1.415	2.917	2.906	776	<b>8.309</b>
Bakım Destek ve Refakat Hizmeti	414	1.830	1.921	4.210	983	<b>9.358</b>
<b>TOPLAM ZİYARET</b>	<b>2.396</b>	<b>15.597</b>	<b>30.385</b>	<b>56.283</b>	<b>14.642</b>	<b>119.303</b>

\* 1 Ocak-1 Mart 2010 tarihleri arasını kapsamaktadır.

Aşağıda yer alan ve Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri kapsamında verdiği hizmetler ile bu hizmetleri alan kişi sayısını gösteren tabloda, verilen hizmetlerin neredeyse tamamının hemşireler tarafından sağlanan evde tıbbi bakıma yönelik hizmetler olduğu görülmektedir. Evde sosyal bakım hizmetlerinin (bakım destek hizmetleri) payı, toplamda % 1 bile etmeyecek kadar küçüktür. Keza yapılan mülakatlarda evde bakım hizmetlerinin ağırlıklı olarak evde tıbbi bakım hizmetleri şeklinde yürütüldüğü belirtilmiştir (Kişisel görüşme, 2010). Bu bağlamda Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinde sosyal bakım hizmetlerinin payını dengeli bir şekilde artırması gerektiğini söylemek mümkündür.

**Tablo 16. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetler**

VERİLEN HİZMETLER	KİŞİ SAYISI
Yara bakımı	995
Hemşire kontrol ziyareti (15 günlük veya aylık)	603
Sonda değişimi	578
Parantral ilaç uygulaması	435
Stoma bakımı	109
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	442
Bakım destek hizmetleri	172
Hastaneye sevk ve refakat	63
<b>TOPLAM</b>	<b>3397</b>

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmeti götürdükleri insanların hastalıklarına göre dağılımını içeren bir tablo hazırlanmıştır. Bu tabloda dikkat çeken Alzheimer, demans ve psikolojik hastalığı olan insanlara da evde bakım hizmetlerinin götürülmesidir. İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediyeleri de net bir rakam vermemekle birlikte az da olsa anılan hasta gruplarına yönelik evde bakım hizmetleri verdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak üç büyükşehir belediyesi de bu hasta gruplarından özellikle Alzheimer ve demans hastalarına verilen evde bakım hizmetlerinin sınırlı olduğuna dikkat çekmişlerdir (Kişisel görüşme, 2010).

**Tablo 17. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nden Evde Bakım Hizmeti Alanların Hastalıklara Göre Dağılımı**

<b>HASTALIK</b>	<b>SAYI</b>	<b>YÜZDE (%)</b>
Serabro Vasküler Hast.	992	30
Kalp ve Dolaşım Sis. Hast.	434	13
Kanser	350	10
Ortopedik Hast.	245	7
Alzheimer	227	7
DM	219	7
Travma (trafik kazası vb)	178	5
Diğer	126	4
Yaşlılık	115	3
Solunum Hast.	108	3
Nörolojik Hast.	87	3
Parkinson	74	2
Demans	50	1
MS	46	1
Böbrek Hast.	44	1
Serabral Palsi	21	1
Psikolojik Hast.	15	0
ALS	12	0
Karaciğer Hast.	10	0
<b>TOPLAM</b>	<b>3354</b>	<b>100</b>

### **3.2.3.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyeti**

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin belediye bütçesine maliyetinin 2009 yılında yaklaşık 2 milyon lira olduğu belirtilmiştir. Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanı, evde bakım hizmetlerinin elbette maliyet açısından yük oluşturduğunu, ancak halkın takdirini toplamanın vermiş olduğu hazzın çok daha önemli olduğunu vurgulamıştır (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.3.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimi**

Yapılan mülakatlardan Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin denetiminde etkin bir mekanizma oluşturamadığı anlaşılmakta, bu konudaki eksiklik göze çarpmaktadır.

### **3.2.3.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlar**

Yapılan mülakatlarda Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde STK'lar ve hastaneler ile işbirliği içerisinde olduğu belirtilmiştir. Ancak İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği içerisinde olmak gerektiği, bu işbirliğinin hizmetleri daha iyiye götüreceği hakkında görüş bildirilmiştir (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.3.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlar**

Evde bakım hekiminin yazdığı reçetenin SGK tarafından ödenmemesi sorunlu alanlardan birini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra vatandaşlarda evde bakım algısının yetersizliğine, hastaneden taburcu sonrası basit bir pansuman için başvuruların bile olduğuna yönelik sıkıntılardan söz edilmektedir (Kişisel görüşme, 2010).

### **3.2.3.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşünceler**

Yapılan mülakatlarda evde bakım hizmetlerinin kim tarafından yürütülürse yürütülsün kesinlikle olması ve sürekli geliştirilmesi gerektiği yönünde görüş birliği bulunmaktadır. Ancak hizmetleri kimin yürütmesi gerektiği konusunda iki farklı görüş ortaya çıkmaktadır. Bu görüşlerden ilki, belediyelerin evde bakım hizmetlerini yapabilecek güçte olduğunu, sosyal güvenlik kurumları da desteklerse hizmetlerin çok daha iyi yapılabileceğini savunurken, diğeri evde bakım hizmetlerinin tek çatı altından (Sağlık Bakanlığı) aile hekimliği vasıtasıyla yürütülmesi gerektiğini, belediyelerin belki destek verecek kurumlar olarak bu organizasyonda yer alması gerektiğini düşündüğünü belirtmektedir.

### **3.2.4. İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'ndeki Evde Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırılması**

İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nin evde bakım hizmetleri uygulamalarının yapılan mülakatlar, toplanan broşürler ve veriler neticesinde aynı sistematik çerçevesinde karşılaştırılmasına geçmeden önce, anılan büyükşehir belediyelerinin veri tutma konusundaki tutumları hakkında söylenmesi gereken şeyler bulunmaktadır.

Bu çerçevede, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nin veri tutma konusundaki tutumları başarılı olarak değerlendirilebilecekken, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin eksiklikleri tespit edilmiştir. Örneğin İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden temin edilen broşürlerde 2005 yılına kadar genel veriler mevcutken, Evde Bakım Merkezi'nde 2004 yılından sonraki veriler bulunmaktadır. Dolayısıyla verilerde bir dağınıklık göze çarpmaktadır.

Ayrıca verilerin sadece yıllar itibariyle hizmet türleri ve yararlanan kişi sayısına göre tutulduğu dikkat çekmektedir. Oysaki Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nde hizmet verilen kesimin demografik özelliklerini, hatta aylara ve ilçelere göre dağılımını gösteren ayrıntılı tabloların yapıldığı görülmüştür.

Yapılan mülakatların birinde İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin 2005'ten önce hane tespit ziyaretleri ile birlikte yürüdüğü, 2005'ten itibaren evde bakım başvuruları alınmaya başlandığından verilerin 2005'ten itibaren daha sağlıklı bir şekilde tutulmaya başladığı belirtilmiştir. Ayrıca yine mülakatta veriler konusundaki sıkıntının diğer nedeni olarak ise İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'ne oranla çok daha fazla kişiye hizmet götürmesi gösterilmiştir.

Bu çalışmadaki karşılaştırmalar ve değerlendirmeler ise ilgili büyükşehir belediyelerinin kendilerinin tuttıkları verilere dayanarak yapılmıştır.

#### **3.2.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesine İlişkin Karşılaştırma**

Gerek İstanbul, gerek Ankara, gerekse de Kocaeli Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetlerini öncelikle pilot uygulamalar deneyerek başlatmışlardır.

Literatürde Türkiye’de evde bakım hizmetlerini ilk başlatan yerel yönetim kurumu olarak hep İstanbul Büyükşehir Belediyesi gösterilmektedir. Hatta bu çalışmada yapılan mülakatlarda bile İstanbul Büyükşehir Belediyesi yetkilileri evde bakım hizmetlerini ilk kendilerinin başlattığını dile getirmişlerdir. Fakat bu çalışma sonucunda bunun yanlış bir enformasyon olduğu, evde bakım hizmetlerini aslında ilk Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin başlattığı tespit edilmiştir.

Toplanan broşürler ve veriler göstermektedir ki; İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetleri uygulamasını 2001 Aralık ayında, Ankara Büyükşehir Belediyesi ise 1994 Eylül ayında başlatmıştır. Evde bakım hizmetlerini ilk başlatma konusunda bir iddiası olmayan, hatta İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediyeleri’ni örnek alarak başlattıklarını belirten Kocaeli Büyükşehir Belediyesi ise 2006 Eylül ayında bu alanda hizmet sunma konusunda adım atmıştır.

#### **3.2.4.2. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasını Başlatma Nedenine İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediyeleri’nde mülakat yapılan yetkililer, evde bakım hizmetlerini insani gerekçelerle, insana hizmet duygusuyla başlattıklarını ifade etmişlerdir. İstanbul ve Ankara Büyükşehir Belediyeleri’ne göre daha sonra evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nde ise evde bakım hizmetlerini başlatmalarında, insani gerekçelere ek olarak İstanbul ve Ankara’da evde bakım hizmetlerinin halk tarafından takdir edilmesinin de etkili olduğu belirtilmiştir.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden elde edilen bir broşürde, evde bakım hizmetlerinin amacı “İstanbul sınırları içerisinde fakir ve muhtaç hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek” şeklinde ifade edilmektedir.

Ankara Büyükşehir Belediyesi, evde bakım hizmetlerini yürüten Yaşlılara Hizmet Merkezi’nin kuruluş amacı, “ev ortamında yaşlının desteklenmesi, toplumdaki soyutlanmadan yaşamına devam etmesi ve üyelerinin (evde bakım hizmeti alan bakıma muhtaçların) günlük yaşamlarını kolaylaştırırken, yalnız olmadıklarını onlara hissettirmek ve gösterilen ilgi, sevgi ve şefkat ile onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamak” şeklinde belirtilmektedir.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi tarafından ise evde bakım hizmetleri, “sosyal ve ekonomik açılardan yoksulluk ve yoksunluk içindeki bireylere yönelik olarak sunulan modern bir “tedavi-bakım-destek” sistemi” olarak tanımlanmakta, “evde bakım hizmetleri ile Kocaeli genelinde yaşayan sosyal ve ekonomik açılardan yoksulluk ve yoksunluk içindeki bireylerin sağlık konusundaki teşhis, tedavi, bakım ve eğitimleri ile sosyal-kurumsal yönlendirme ihtiyaçlarını karşılamak” amaçlanmaktadır.

Üç büyükşehir belediyesinin evde bakım hizmetlerini başlatma nedenleri dikkatle incelendiğinde, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nin evde sağlık bakımı hizmetlerine vurgu yaptığı, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nin ise evde bakımın daha çok sosyal boyutunu ön plana çıkardığı dikkat çekmektedir.

### **3.2.4.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonuna İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nde evde bakım hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlıklarına bağlı Sağlık Daire Başkanlıkları, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde ise Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’na bağlı Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Müdürlüğü çatısı altında organize olduğu dikkat çekmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak, elde edilen verilere de dayanarak, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri’nde evde bakım hizmetlerinin ağırlıklı olarak evde sağlık bakımı hizmetleri şeklinde, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde ise ağırlıklı olarak evde sosyal bakım hizmetleri şeklinde yürütüldüğünü söylemek mümkün olmaktadır.

Neo-liberal politikaların bir uzantısı olan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımında öngörülen desantralizasyon politikalarının bir sonucu olarak her üç büyükşehir belediyesinin de evde bakım hizmetlerini açık ihale yoluyla özel sektörden satın aldığı tespit edilmiştir. Şöyle ki, evde bakım hizmetleri süreci kısaca büyükşehir belediyelerinin bünyelerinde kurulan evde bakım merkezlerinin başvuruları alarak, ihale verilen özel şirkete yönlendirmesi şeklinde işlemektedir. Bunun dışında evde bakım merkezleri hizmetlerin sunumunu denetlemekle görevlidir.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nde evde bakım hizmetleri ihalesini, hizmetler başladığından bu yana bir Belediye İktisadi Teşebbüsü (BİT) olan İstanbul Sağlık A.Ş. almaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden farklı olarak, Ankara ve Kocaeli



Büyükşehir Belediyeleri'nde ise evde bakım hizmetleri ihalesini her yıl farklı bir özel firmanın aldığı belirtilmiştir.

#### **3.2.4.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Görev Yapan Personel Sayısına İlişkin Karşılaştırma**

Evde bakım hizmetlerinde görev yapan personel sayıları karşılaştırıldığında İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde şoför ve temizlik personeli hariç 160'ı ihale, 8'i belediye personeli olmak üzere toplam 168, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde 121'i ihale personeli, 18'i belediye personel, 10'u dışarıdan temin edilmek üzere toplam 149, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde ise 67'si ihale personeli, 4'ü belediye personeli olmak üzere toplam 71 personel görev yapmaktadır.

Görüldüğü gibi üç büyükşehir belediyesinde de, personel sayısının tamamına yakını ihale personeli oluşturmaktadır. Yeni kamu işletmeciliği yaklaşımına paralel olarak, belediyeler hizmetleri özel sektörden satın almakta, kendileri sadece hizmetlerin sunumunu garanti etme, hizmetleri koordine etme ve denetlenmekle ilgilenmektedirler. Bu tablo dünya ülkeleri uygulamalarında da aynı şekilde kendini göstermektedir. Örneğin İsrail'de evde bakım hizmeti çalışanlarının % 70'inin özel sektörden temin edildiği belirtilmektedir.

Büyükşehir belediyelerinin evde bakım hizmetleri uygulamalarında detaylı bir şekilde belirtildiği üzere, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nde evde bakım personelinin ağırlıklı kısmını sağlık personeli, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde ise sosyal hizmet personeli oluşturmaktadır. Bu da yine, İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nin evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri boyutuna, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin ise sosyal hizmetler boyutuna ağırlık verdiğini kanıtlamaktadır.

#### **3.2.4.5. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Şartlarına İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri, evde bakım hizmeti vermek için bakıma muhtaç bireylerde yaş şartı aramazken, Ankara Büyükşehir Belediyesi 60 yaş ve üzeri olma şartı aramaktadır. 60 yaşın altındaki bakıma muhtaçlara, evde bakım hizmetlerinin % 40 özürlü raporu bulunmak şartıyla Özürlüler Şube Müdürlüğü tarafından götürüldüğünü belirtmektedirler.

Üç büyükşehir belediyesi de sosyal güvencelerine bakmaksızın, maddi durumu nispeten kötü ve bakıma muhtaç durumda olan kimselere evde bakım hizmetleri vermektedirler. Ancak hastane ve ilaç yazma hizmetleri için sosyal güvenceden yararlanılmakta, sosyal güvencesi olmayan vatandaşların masrafları ise büyükşehir belediyesi tarafından karşılanmaktadır.

Görüldüğü gibi büyükşehir belediyeleri evde bakım hizmetlerini maddi durumu nispeten kötü olan bakıma muhtaçlar için yürütmektedir. Maddi durumu nispeten iyi olan vatandaşların evde bakım hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarından temin ettikleri bilinmektedir. Dolayısıyla bu iki gelir grubunun arasında kalan orta gelir grubu mensubu vatandaşlar için evde bakım hizmetlerine ulaşabilmek neredeyse imkânsız görünmektedir. İşte bu çerçevede Türkiye’de bir bakım sigortasının eksikliği ve önemi açıkça kendini göstermektedir.

#### **3.2.4.6. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Sürecine İlişkin Karşılaştırma**

Üç büyükşehir belediyesinde de evde bakım hizmetlerinden yararlanma süreci aşağı yukarı aynı şekilde işlemektedir. Öncelikle evde bakım hizmetinden yararlanmak isteyen kişi ya da bir yakını belediyenin evde bakım merkezine bizzat ya da telefon/internet yoluyla başvurmakta ve adres bilgilerini iletmektedir. Evde bakım merkezindeki görevliler, başvuruyu ihaleyi alan şirkete yönlendirmekte, ihaleyi alan şirket de verilen adrese bir sosyal inceleme uzmanı göndermektedir. Sosyal inceleme uzmanlığı görevini İstanbul Büyükşehir Belediye’sinde bir psikolog, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi’nde bir sosyolog, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde ise bir sosyal hizmet uzmanı yerine getirmektedir. Yapılan inceleme sonucunda bakıma muhtaç kişinin özellikleri, ailesinin durumu, yaşadığı ortama, gelir durumuna, sosyal güvencesine ve almak istediği evde bakım hizmetlerine ilişkin bilgiler gerekli formlara işlenmektedir. Bu bilgilere bağlı olarak evde bakım ekibi bakım planını oluşturmakta, bakım planı çerçevesinde evde bakım hizmetleri sunulmaya başlanmaktadır.

#### **3.2.4.7. Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısına İlişkin Karşılaştırma**

2010 yılı Nisan ayı itibariyle İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nin evde bakım hizmetlerinden verilerin dağılımından kaynaklanan sıkıntıdan ötürü net bir bilgi

verememekle birlikte, 150 bin civarı kişinin faydalandığı tahmin edilmektedir. Hizmetten her yaş grubu bakıma muhtaç yararlanmakta ve yararlananların yarısından çoğunu kadınlar oluşturmaktadır.

2010 yılı Mayıs ayı itibariye şimdiye kadar Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin sunduğu evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı toplamda 29.444'tür. Bu kişilerin 14.880'ini, (% 51) kadınlar, 14.564'ünü, (% 49) ise erkekler oluşturmuştur. Bu anlamda evde bakım hizmetlerinden yararlananların cinsiyete göre dağılımlarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmeti götürdüğü kişi sayısı hızla artmıştır. Özellikle 2000'li yıllardan itibaren evde bakım hizmeti alan kişi sayısında çok ciddi artışlar söz konusu olmaya başlamıştır. Bunda, halkın hizmetlerden haberdar olmalarının ve daha fazla hizmet talep etmelerinin etkisi büyüktür.

2010 yılı Mart ayı itibariyle Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 1938'i (% 58) kadın, 1416'sı (% 42) erkek olmak üzere toplam 3354 kişidir. Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde dünya uygulamalarına paralel olarak evde bakım hizmetlerinden yararlanan kadınların sayısı erkeklere göre daha fazladır. Bunun bilimsel nedeni olarak kadınların erkeklere göre daha uzun yaşaması gösterilmektedir. Her yaştan bakıma muhtaca evde bakım hizmetinin götürüldüğü Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde 3354 kişinin 1196'sını 80 yaş ve üzeri kimseler, 2683'ünü ise 60 yaş ve üzeri kimseler oluşturmaktadır. Bunun nedeni ise bakıma muhtaçlık riskinin yaşa bağlı olarak artmasıdır.

#### **3.2.4.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetlere İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde evde bakım hizmetleri çerçevesinde ağırlıklı olarak evde tıbbi bakım hizmetleri verilmektedir. Bu hizmetler çerçevesinde evde doktor değerlendirme ziyareti, hemşire bakım ziyareti, fizik tedavi ve rehabilitasyon ile reçete ve ilaç hizmetleri hizmetlerin çok büyük bir kısmını kapsamaktadır. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri uygulaması kısmında ayrıntılı bir şekilde de gösterildiği üzere, psikolojik destek, ev temizliği, kişisel temizlik, ev bakım-onarım-tamirat gibi sosyal bakıma ilişkin hizmetler az bir yer tutmaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetleri kapsamında İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin aksine evde sosyal bakım hizmetleri ağırlıklı olarak verilmektedir. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde sosyal bakım hizmetleri çerçevesinde ev temizliği hizmetleri çok büyük bir yer tutmaktadır. Bakıma muhtaçların önceden randevu alarak yararlandıkları ev temizliği hizmeti, iki aylık periyotlar şeklinde verilmektedir. Ev içi bakım, onarım, tamirat hizmetlerinin de İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin aksine Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından sıkça verilen hizmetlerden biri olduğu görülmektedir. Ayrıca İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde az bir oranda uygulanan psiko-sosyal destek hizmetleri, Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım uygulamalarında önemli bir yere sahip bulunmaktadır.

Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde de, İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde olduğu gibi evde bakım hizmetleri kapsamında ağırlıklı olarak evde sağlık hizmetleri verilmektedir. Hemşire bakımı ve doktor değerlendirme ziyaretlerinin çok büyük yer tuttuğu Kocaeli Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetlerinde, evde sosyal bakım hizmetleri nispeten az bir yer kapsamaktadır.

Büyükşehir belediyelerinde ortaya çıkan bu temel farkın sebebinin, evde bakım hizmetlerini kuranların ve yönetenlerin meslek gruplarında gizli olduğu görülmektedir. İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'nde evde bakım hizmetleri sistemini kuranlar ve yönetenler tıp doktoru, Ankara Büyükşehir Belediyesi'ndekiler ise sosyal bilimci ve sosyal hizmet uzmanıdır.

#### **3.2.4.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Maliyetine İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin evde bakım hizmetlerinin belediye bütçesine maliyetinin 2009 yılı için 9.5 milyon lira, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin ise 2009 yılı için yaklaşık 2 milyon lira olduğu belirtilmiştir. Ankara Büyükşehir Belediyesi ise tüm ısrarlara rağmen maliyet hakkında bilgi vermekten kaçınmıştır.

#### **3.2.4.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Denetimine İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Merkezi'nde görev yapan belediye personeli, her gün sahaya çıkarak hizmetlerin denetimini gerçekleştirdiklerini, bu bağlamda her gün 10-15 civarı ev ziyaret ederek hastaların istek, şikayet ve memnuniyetleri hakkında bilgi aldıklarını belirtmektedirler. Bu bağlamda sahaya çıkıp,

hizmet alan insanlarla görüşülmekte, hatta zaman zaman memnuniyet anketleri düzenlenmektedir. Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde de aynı şekilde işleyen denetim mekanizmasının, Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nde etkin bir şekilde kurulamadığı tespit edilmiştir.

#### **3.2.4.11. Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde İşbirliği İçinde Olunan Kurumlara İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, evde bakım hizmetleri konusunda üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, belediyenin Yardım Sandığı, Kadın Koordinasyon Merkezi, muhtarlıklar, yeşil kart büroları, anlaşmalı eczaneler, özel ve devlet hastaneleri ile işbirliği içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Yaşlı Danışma Kurulu'nda STK'lardan temsilciler bulunmaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde mülakat yapılan yetkililer, çeşitli kurumların sık sık Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin sosyal hizmet uygulamalarını incelediklerini ifade etmiş, STK'lar, üniversiteler ve diğer kurumların Ankara Büyükşehir Belediyesi ile işbirliği yaptıklarına dikkat çekmişlerdir. Bu anlamda Ankara Büyükşehir Belediyesi'nin diğer kurumlarla işbirliği yapma konusundaki eksikliği tespit edilmiştir.

Yapılan mülakatlarda Kocaeli Büyükşehir Belediyesi'nin ise evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde STK'lar ve hastaneler ile işbirliği içerisinde olduğu belirtilmiştir. Ancak İl Sağlık Müdürlüğü ile işbirliği içerisinde olmak gerektiği, bu işbirliğinin hizmetleri daha iyiye götüreceği hakkında görüş bildirilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için büyükşehir belediyelerinin mutlaka çeşitli kurumlarla ve birbirleriyle yakın işbirliği içerisinde olmaları, projeler üretmeleri gerekmektedir. Bu konuda belediyelerin kendilerini geliştirmeleri büyük önem arz etmektedir.

#### **3.2.4.12. Evde Bakım Hizmetleri Uygulamasındaki Sorunlara İlişkin Karşılaştırma**

İstanbul ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri yetkilileri, evde bakım hizmetlerinde karşılaştıkları en önemli sorunun, evde bakım hekiminin yazdığı reçetenin SGK tarafından ödenmemesi olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra Kocaeli Büyükşehir Belediyesi yetkilileri, vatandaşlarda evde bakım algısının yetersizliğine, hastaneden

taburcu sonrası basit bir pansuman için başvuruların bile olduğuna yönelik sıkıntılardan söz etmişlerdir. Ankara Büyükşehir Belediyesi yetkilileri ise evde bakım hizmetleri uygulamasında herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

### **3.2.4.13. Evde Bakım Hizmetlerinin Geleceği ile İlgili Düşüncelere İlişkin Karşılaştırma**

Yapılan mülakatlarda, üç büyükşehir belediyesinin de evde bakım hizmetlerini devam ettirmeyi düşündüğü ve bu konuda istekli olduğu belirtilmiştir. Oy kaygısı ile tüm bu hizmetlerin bir yere kadar gideceği ifade edilmiş, insani duyguların, insana hizmetin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Literatürde sosyal hizmetlerin belediyeler için çok büyük bir yük oluşturduğu, dolayısıyla sosyal hizmetlerin sunumunun belediyelerden alınarak özel sektöre ve sivil toplum kuruluşlarına devredilmesi gerektiği yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu çalışmada ise genelde sosyal hizmetlerin özelde ise evde bakım hizmetlerinin İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri için ciddi bir yük oluşturmadığı ortaya çıkmıştır. Her üç büyükşehir belediyesinde de mülakat yapılan yetkililer, belediyelerin sosyal hizmet için var olduğunu belirtmiş, hatta ve hatta bütçeden daha fazla pay ayrılması gerektiğine inandıklarını ifade etmişlerdir.

Dünya ülkelerinde olduğu gibi evde bakım hizmetlerini yerel yönetimlerin/belediyelerin üstlendiği bir evde bakım organizasyonu konusundaki fikirleri sorulduğunda mülakat yapılan dokuz kişiden sekizi, bu hizmetleri yürütebilecek kapasitede olduklarını, şayet Sağlık Bakanlığı fon aktarırsa hizmetlerin çok daha üst seviyelerde yürütülebileceğini ifade etmişlerdir. Ancak bir kişi evde bakım hizmetlerinin tek çatı altında (Sağlık Bakanlığı) aile hekimliği vasıtasıyla yürütülmesi gerektiğini, belediyelerin belki destek verecek kurumlar olarak bu organizasyonda yer alması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir.

Aile hekimliği kurumu, tamamen evde sağlık bakımı alanına yönelik bir kurumdur ve adı üstünde aile hekimi tarafından yürütülmektedir. Evde bakım hizmetlerini sadece aile hekimliği çerçevesinde algılanmak son derece eksik bir yaklaşımdır. Çünkü evde bakım hizmetleri, hekim, hemşire, fizik tedavi uzmanı gibi sağlık personelinin yanı sıra sosyal hizmet uzmanı, psikolog, bakım destek personeli gibi sosyal bakım hizmetlerini verecek

olan birbirinden çok farklı çeşitli meslek gruplarının koordineli bir şekilde yürüttüğü bir hizmet türüdür. Keza yapılan mülakatların sekizinde İl Sağlık Müdürlükleri'nin bu personel yapısını asla oluşturamayacağı ifade edilmiştir.

Tüm bu sonuçları aşağıdaki şekilde tabloştırmak mümkündür:

**Tablo 18. İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri'ndeki Evde Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Karşılaştırılması**

<b>EVDE BAKIM HİZMETLERİ</b>	<b>İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ</b>	<b>ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ</b>	<b>KOCAELİ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ</b>
<b>Başlangıç Tarihi</b>	2001	1994	2006
<b>Organizasyon Yapısı</b>	Sağlık Daire Başkanlığı çatısı altında	Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri Müdürlüğü çatısı altında	Sağlık İşleri Daire Başkanlığı çatısı altında
<b>Görev Yapan Personel Sayısı</b>	168	149	67
<b>Yararlanma Şartları</b>	- İstanbul'da ikamet etmek - Bakıma muhtaç olmak - Maddi gücü yeterli olmamak	- Ankara'da ikamet etmek - Bakıma muhtaç olmak - Maddi gücü yeterli olmamak - 60 yaş ve üzeri olmak*	- Kocaeli'de ikamet etmek - Bakıma muhtaç olmak - Maddi gücü yeterli olmamak
<b>Yararlanan Toplam Kişi Sayısı</b>	Yaklaşık 150.000	29.444	3354
<b>Verilen Hizmetler</b>	Ağırlıklı evde tıbbi bakım	Ağırlıklı evde sosyal bakım	Ağırlıklı evde tıbbi bakım
<b>Denetim</b>	Var	Var	Yok
<b>İşbirlikleri</b>	Var	Yok	Var
<b>Hizmeti Veren Firma</b>	BİT	Özel	Özel
<b>Evde Bakım Hizmetleri Merkezi</b>	Var	Var	Var
<b>Hizmetlerin Yük Olduğu Düşüncesi</b>	Yok	Yok	Yok
<b>Hizmetleri Devam Ettirme Arzusu</b>	Var	Var	Var
<b>Hizmetlerde Yaşanan Sorunlar</b>	Evde bakım hekiminin yazdığı reçeteyi SGK'nın ödememesi	Yok	Evde bakım hekiminin yazdığı reçeteyi SGK'nın ödememesi/vatandaştaki yanlış evde bakım algısı
<b>Hizmetleri En İyi Yerine Getirebilecek Olan Kurum</b>	Belediyeler	Belediyeler	Belediyeler İl Sağlık Müdürlükleri

\* 60 yaşın altındaki bakıma muhtaçlara % 40 engellilik raporu olmak şartıyla Ankara Büyükşehir Belediyesi Özürlüler Merkezi evde bakım hizmeti görmektedir.



## SONUÇ

Dünya ülkeleri, nüfusun hızla yaşlanması ile birlikte ortaya çıkan bakım sorununa karşı evde bakım hizmetlerini yaygınlaştırmakta ve teşvik etmektedirler. Bu çerçevede, evde bakım hizmetlerini ya sosyal sigorta sistemi çatısı altından ya genel vergilerden ya da her iki sistemin bir arada uygulandığı karma model aracılığıyla karşılamaktadırlar.

Türkiye’de ise evde bakım hizmetlerine yönelik primli bir model henüz bulunmamaktadır. Evde bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, İl Sağlık Müdürlükleri, bazı büyükşehir belediyeleri, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör eliyle dağınık bir şekilde yürütülmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin merkezi idare, yerel yönetimler ve özel sektör tarafından sunumuna yönelik birçok yasal düzenleme bulunmaktadır. Bu yasal düzenlemeler son derece karmaşık, birbirinden kopuk esaslar içermektedir. Bu çerçevede, evde bakım hizmetlerinin merkezi idare ve yerel yönetimler tarafından sunumuna yönelik düzenlemeler ekonomik açıdan zor durumda olan bakıma muhtaçları şemsiye altına alırken, özel sektörün sunumuna yönelik düzenlemeler ise ekonomik açıdan güçlü durumdaki bakıma muhtaçlara yönelmektedir. Bu da, Türkiye’de evde bakım hizmetlerinden, ya ekonomik yoksunluk içerisinde olan ya da ekonomik olarak nispeten güçlü durumdaki bakıma muhtaçların yararlandığı, dolayısıyla bu iki gelir grubunun arasında bulunan orta gelir grubu bakıma muhtaçların sistemden dışlandığı bir tablonun ortaya çıkması ile sonuçlanmaktadır.

Sosyal devlet anlayışının bir uzantısı olarak toplumun her ferdinin sosyal hizmetlerden adil bir şekilde yararlanması gerekmektedir. Sosyal hizmetler içerisinde önemli bir yeri olan evde bakım hizmetleri açısından, yukarıda açıklanan nedenlerden ötürü, Türkiye’de büyük bir eşitsizliğin söz konusu olduğu gayet açıktır. Üstelik evde bakım hizmetleri, yaşlanan Türkiye nüfusu için büyük önem ve aciliyet arz eden bir konudur. Dolayısıyla Türkiye’nin bir an önce evde bakım hizmetleri sistemini düzenleyen, eşitsizlikleri ortadan kaldıran bir yapı inşa etmesi gerekmektedir. Bu yapının inşası da ancak ve ancak bakım sigortasının kurulması ile mümkün olacaktır. Ekonomik açıdan zayıf ve güçlü bakıma muhtaçları kapsayan mevcut Türk evde bakım sisteminde en büyük eksikliği oluşturan bakım sigortasının kurulması ile orta gelir mensubu bakıma

muhtaçların da evde bakım hizmetlerine erişmesi mümkün hale gelecektir. Böylece toplumun tüm fertleri bakım güvence sistemi çatısı altında yer almış olacaktır.

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin sunumunu yerel yönetimler/belediyeler üstlenmekte, merkezi hükümetin evde bakım hizmetlerindeki rolü, yasal çerçeveyi çizme, standartları belirleme ve denetleme ile sınırlı bulunmaktadır. Tüm dünyada hakim olan neo-liberal paradigma, merkezi idarenin sosyal hizmetler alanındaki rolünü bu şekilde dayatmakta, Türkiye’de bu sürecin dışında kalamamakta ve bu paradigmayı benimsemektedir. Bundan dolayı, bu çalışmada sosyal politika perspektifine uygun bir şekilde, bakıma muhtaç kimselerin bakım ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması ve bakıma muhtaçlık riskine karşı bir bakım güvence sisteminin oluşturulmasının önemi ön plana alınarak öneriler geliştirilmeye çalışılacaktır:

#### **Bakım Sigortası Kurulmalıdır:**

Türkiye’de dağınık bir görünüm arz eden evde bakım hizmetleri sunumuna ilişkin doğrudan ya da dolaylı pek çok yasal düzenleme bulunmakta, fakat Bakım Sigortası’na ilişkin bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Dolayısıyla Bakım Sigortası’nın bir an önce yasalaşarak hem yasal hem de uygulamadaki dağınıklığı toparlaması gerekmektedir. Yukarıda da açıklandığı gibi bakım sigortasının kurulması ile toplumun tüm fertleri bakım güvence sistemi şemsiyesi altına alınmış olacaktır.

Dünyada bazı ülkeler evde bakım hizmetlerini genel olarak sosyal sigortalar sistemleri içerisinde ihdas ettikleri bakım sigortası çatısı altından, bazı ülkeler ise vergiler yoluyla finanse ederek karşılamaktadırlar. Özel şirketler ve gönüllü kuruluşlar da evde bakım hizmetlerinin sunulmasında sistem içerisinde yer almaktadırlar.

Bakım sigortası sistemini kurmuş olan ülkeler, bu sistemi genel vergiler ile destekleyerek, bakım güvence sisteminin dışında kalan fertleri de koruma altına almaktadırlar. Evde bakım hizmetlerini vergiler aracılığıyla sunan ülkeler ise ekonomik ve sosyal açıdan oldukça gelişmiş düzeyde bulunan ülkelerdir. Ancak evde bakım hizmetlerini vergilerden finanse ederek sunmak, bir yerde tıkanacak bir yaklaşım olmaktan öteye gitmeyecektir. Örneğin son yıllarda İsveç’in sürekli artan maliyetlerden ötürü evde bakım hizmetlerinin kapsamını daraltmaya başlaması, Kanada’nın evde bakım hizmetlerinin sunumunda alınan katkı paylarını yükseltme yönünde eğilim

göstermesi bu iddiayı doğrular niteliktedir. Dolayısıyla Türkiye'nin evde bakım hizmetlerinin sosyal sigortalar sistemi içerisinde tanımlanmış bakım sigortası aracılığıyla finanse edildiği, bakım sigortasından yararlanamayan fertlerin bakım gereksinimlerinin ise genel vergiler yoluyla karşılandığı bir sistem kurması uygun bir yaklaşım olarak tespit edilmektedir. Buna ek olarak, şu anda da var olduğu gibi, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar da sistem içerisinde yer almaya devam edeceklerdir.

Türkiye'de bakım sigortası çalışmaları 2007 yılında başlamasına rağmen hala yasal zeminine oturtulamamıştır. Ayrı bir sigorta kolu ihdas etmenin işverenlerin tepkisine yol açacağına yönelik ciddi endişeler bulunmaktadır. Oysaki bu çalışmada dünya ülkelerindeki uzun dönemli bakım sigortalarının prim oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Sırf yeni bir sigorta kolunun işgücü maliyetlerini arttıracığı, dolayısıyla işsizliği ve kayıt dışı istihdamı körükleyerek rekabet gücünü olumsuz etkileyeceği yönündeki yaklaşımlar kısa vadeli bakış açısının ürünleridir. Uzun dönemde bakım maliyetleri artacak, geri dönüşü ve telafisi çok daha zor olan bir sürece girilecektir.

Bir yanda bu tür endişeler bulunurken, diğer yanda bakım sigortası için ek prim alınmaması gerektiği, var olan prim ödeme sisteminden bakım sigortasına pay aktarılmasına ilişkin görüşler de bulunmaktadır. Mevcut Türk sosyal güvenlik sisteminde bu önerinin gerçekçi olduğunu söylemek mümkün gözükmemektedir.

Hatta bu çalışmada, Türk sosyal güvenlik sisteminin bugünkü durumunda, primlere ek olarak hizmet alanlardan katkı payı alınmasının bile gerekebileceği savunulabilecektir. Dünya ülkeleri uygulamalarında evde bakım hizmetlerinde maliyetleri düşürmek için bakım alan kimselerden katkı payları alındığı bilinmektedir. Ancak bu katkı payları suiistimallere mahal vermeyecek şekilde, standart ve makul bir şekilde belirlenmelidir.

### **Bakım Sigortası Ayrı Bir Sigorta Kolu Olarak Düzenlenmelidir:**

Almanya'da bakım sigortasının ilk başta hastalık sigortası çatısı altında örgütlendiği görülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetlerini aşar nitelikte sosyal bakım hizmetlerini de kapsamı nedeniyle, ayrı bir sigorta kolu olarak kurulması daha çağdaş bir yaklaşım olacaktır.

### **Bakım Sigortası Her Yaştan İnsanı Kapsamı Altına Almalıdır:**

Bakıma muhtaçlık riski, yaşlılarda daha yüksek olmakla birlikte her yaş grubundaki insanlar için söz konusudur. Dolayısıyla Bakım Sigortası sadece belli bir yaşın üzerindeki insanları değil, her yaştaki insanları kapsamı altına almalıdır. Bu bağlamda örneğin Japon Bakım Sigortası'nın 40 yaş ve üzeri insanları kapsamı altına alması yoğun eleştirilere maruz kalmaktadır.

### **Bakım Sigortası Sigortalının Bakmakla Yükümlü Olduğu Kimseleri de Kapsamı Altına Almalıdır:**

Aktif sigortalı-pasif sigortalı dengesi son derece bozuk olan Türkiye için bu öneri, bakım sigortasının prim oranının yüksek bir şekilde tespit edilmesi çok zor görüldüğü için, bakım sigortasına devletin daha çok katılması ve hizmetler için alınacak katkı paylarının yüksek tutulması ile sonuçlanması muhtemel bir öneri gibi gözükmektedir. Ancak bu durum, çağdaş ve koruyucu sigortacılık anlayışının bir sonucu olarak, bakım sigortasının, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kimseleri kapsamı altına alması gereği gerçeğini değiştirmemektedir.

### **Bakım Sigortası Hem Evde Hem Kurumda Bakım Hizmetlerini Kapsamalıdır:**

Türk Bakım Sigortası, dünya ülkelerindeki bakım sigortası uygulamalarına paralel olarak hem evde bakım hem de kurumda bakım hizmetlerini karşılamalıdır. Ancak yapılan araştırmalar, insanların önemli bir çoğunluğunun kurumda değil, evlerinde bakım hizmeti almak istediklerini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bu konudaki tercih kişiye bırakılmalıdır.

Gerek tam gün, gerekse de kısmi kurumsal bakım hizmetleri, evde bakım hizmetlerinde de rol oynayabilmektedir. Şöyle ki, bakıcı aile fertlerinin ev dışında sosyo-kültürel ihtiyaçlarını (eğitim, tatil, dinlenme, akraba ziyareti vb.) karşılayabilmeleri için bakıma muhtaç kişinin tercih edeceği herhangi bir bakım merkezinde, bakıcı aile fertleri dönene kadar, tam gün kurumsal bakım hizmetinden ücretsiz olarak yararlanması mümkün bulunmaktadır. Bunun yanı sıra bakıma muhtaç kimsenin sağlık durumunda olumsuz gelişmeler görüldüğünde ya da bakıcı aile bireyinin gündüz veya gece çalışması durumunda kısmi kurumsal bakım hizmetleri de bulunmaktadır.

Türkiye’de evde bakım sistemi kurulurken, kurumsal bakım hizmetlerinin bu destekleyici boyutu ihmal edilmemelidir. Aksi takdirde, evde bakımın gerek aile fertleri gerekse de bakıma muhtaç kişi üzerindeki olumsuz psikolojik etkileri ortaya çıkacak ve evde bakım hizmetlerinin asıl amacına ulaşması sekteye uğrayacaktır.

### **Bakım Sigortası Evde Bakıma Öncelik Vermelidir:**

Evde bakım hizmetleri hem daha düşük maliyetli, hem de daha kaliteli hizmet sunumunu içermektedir. Yapılan araştırmalar evde bakım hizmetlerinin, kurumda bakım hizmetlerine göre dörtte bir civarında daha az maliyetli olduğunu göstermektedir. Ayrıca yine yapılan araştırmalar insanların kurum yerine kendi alıştıkları ev ortamında, aileleri ile birlikte yaşayarak bakılmak istediklerini ortaya koymaktadır. Keza bilimsel ve teknolojik gelişmeler, evde bakım hizmetlerinin sunumunu önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla tüm dünyada evde bakım hizmetleri, kurumda bakım hizmetlerine göre hem daha çok tercih edilmekte, hem de yasal düzenlemelerle teşvik edilmektedir.

### **Bakım Sigortası Bakım İçin Gerekli Her Türlü Araç-Gereç ile Her Türlü Ev İçi Düzenlemeyi Karşılmalıdır:**

Bakım sigortası, bakıma muhtaç insanın bakımını kolaylaştırmak, şikâyetlerini gidermek ve hayatını bağımsız olarak idare edebilmesine yardımcı olmak için kendisine ve/veya aile bireylerine araç-gereç yardımı yapılmasının yanı sıra, bakımı kolaylaştırmak için zorunlu görülen her türlü ev içi tadilat ve tamirat için hizmet desteği ya da parasal destek sağlamalıdır.

### **Evde Bakım Hizmetleri Bütüncül Bir Bakış Açısıyla Tanımlanmalıdır:**

Evde bakım hizmetleri, evde sağlık bakımı ile eşdeğer görülmemelidir. Evde bakım hizmetlerinde sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal bakım hizmetleri de geniş bir şekilde yer almaktadır. Evde bakım hizmetleri, hastalık, özürlülük, yaşlılık ve analık durumunda bireye ve/veya ailesine verilen her türlü desteği kapsamaktadır. Bu bağlamda hasta bakımı, konuşma terapisi, fizik tedavi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra ev temizliği, yemek pişirme, alışveriş gibi günlük ev yardımları ile giyinme, soyunma, yemek yeme, banyo, tuvalet, hareket ihtiyaçlarının karşılanması gibi kişisel/öz bakıma yönelik hizmetler evde bakım hizmetlerinin genel kapsamını oluşturmaktadır. Bu

bağlamda evde bakım hizmetleri, hekim, hemşire, fizik tedavi uzmanı gibi sağlık personelinin yanı sıra sosyal hizmet uzmanı, psikolog, bakım destek personeli gibi sosyal bakım hizmetlerini verecek olan birbirinden çok farklı çeşitli meslek gruplarının koordineli bir şekilde yürüttüğü bir hizmet türüdür. Bu niteliklerinden ötürü, Türkiye’de bakım sigortasının oluşturulmasında sağlık bilimcilerinin yanı sıra sosyal bilimcilerin, sosyal hizmet uzmanlarının görüşleri de dikkate alınmalıdır.

### **Evde Bakım Hizmetleri Bakım Parasını Kapsar Şekilde Düzenlenmelidir:**

Almanya’da ve Hollanda’da evde bakım hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler aynı (hizmet) veya nakdi (bakım parası) desteği veya her ikisini birden tercih edebilmektedirler. İsrail de 2008 yılında bakım parası uygulaması ile ilgili bir pilot çalışma başlatmıştır. Çünkü insanların çoğu bakım parası uygulamasını tercih etmektedir. Örneğin Almanya’da bakıma muhtaçların % 79’unun bakım parası aldığı bilinmektedir.

Bakım parası ile bakım hizmetlerini resmi bir kurumda ya da bağımsız bir bakıcı, aile üyesi, arkadaş ya da komşudan almak konusunda kişi kendisi tercih yapma hakkına sahip olmaktadır. Bakım parası uygulaması ile amaçlanan kişinin daha etkin bakım hizmeti alacağı alternatifi kendisinin seçmesidir. Bu bağlamda kişinin bakım hizmetinin bir aile üyesinden almayı tercih etmesi durumunda da bakım parası ödenmelidir. Böylece aile içerisinde bakıcı rolünü üstlenen kadınların da kazanç elde etmesi sağlanacaktır.

Bakım sigortası, bakım hizmetini yerine getiren aile fertleri ya da gönüllü bakıcılar için bakım kursları düzenlenmelidir.

Sosyal bakım hizmetleri çerçevesinde gerek bakıma muhtaç kişiye gerekse de ailesine psikolojik destek sağlanmalıdır.

Bakıcı aile bireylerinin kendi hayatlarına devam edebilmelerini kolaylaştırmak amacıyla geçici tam gün süreli (örneğin Almanya’da olduğu gibi yılda azami 4 hafta) ve günlük kısmi süreli kurumsal bakım hizmetleri de destekleyici bir alternatif olarak sistemde yer almalıdır.

Bakım parası uygulamasında, kişilerin bakım parasını bakıma harcadıklarını göstermeleri ve bakım parasının bakım için harcanıp harcanmadığının düzenli olarak denetlenmesi gerekmektedir. Örneğin Türkiye’de belirli şartlar dahilinde bakım parası alan kimselerin, bu parayı bakım için harcamadıklarına ilişkin örnekler bulunmakta ve bu konu ile ilgili bir denetim mekanizması da bulunmamaktadır.

### **Evde Bakım Hizmetleri Taburcu Sonrası Bakım Hizmetlerini Kapsar Şekilde Düzenlenmelidir:**

Dünya ülkelerinin evde bakım hizmetlerini tercih etmelerinin en önemli nedenlerinden biri, hastane maliyetlerindeki önlemez artıştır. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların çoğunu yaşlıların oluşturması ve yaşlıların hastanede yatış sürelerinin çok uzun oluşu evde bakım hizmetlerinin teşvik edilmesinde önemli rol oynamıştır. Böylece yaşlı hastalar temel tedavileri yapıldıktan sonra, hastaneden daha erken taburcu edilmekte, tedavilerinin geri kalan kısmına evde bakım hizmetleri sayesinde evlerinde devam edilmektedir. Hatta Amerika Birleşik Devletleri’nde doktorların performans değerlendirme sistemlerinde hastaların hastanede ortalama kalış süreleri de bir performans değerlendirme kriteri olarak yer almaktadır. Buna göre hastalarının hastanede ortalama yatış süresi kısa olan ve hastalarını daha erken evde bakım hizmetlerine yönlendiren doktorların genel performans notları daha yüksek olmaktadır. Bu, son derece farklı uygulamalara yol açabilecek bir uygulamadır. Performans değerlendirme sistemi insanların sırf performans kriterlerini sağlayabilmek adına düşük nitelikli hizmetler üretmelerine neden olabilecektir. Hele ki sağlık sektöründe performans değerlendirme kriterlerinin çok daha ciddi bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir.

İlerleyen yıllarda hastaneden erken taburcu etme sistemi sadece yaşlı hastalar için değil, bütün hastalar için uygulanmaya başlanmıştır. Böylece hastane yataklarının gereksiz yere işgali önlenmiş, hastanede kalış süreleri kısalmış, maliyetler önemli ölçüde düşmüş ve hastaneye yatmak için bekleme süreleri azalmıştır. Türkiye’de de devlet hastanelerinde ameliyat olmak için insanlara bazen yaklaşık bir sene sonrasına gün verildiği bilinmektedir. Bu çerçevede evde bakım hizmetleri sistemi hastaneden taburcu sonrası hizmetleri de kapsayacak şekilde kurulmalıdır. Örneğin İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri hastaneden taburcu sonrası evde bakım hizmetlerini

uygulamamakta, bu konuda riske girmek istemediklerini belirtmektedirler. Ancak evde bakım hizmetleri içerisinde taburcu sonrası bakım hizmetleri, yukarıda sayılan olumlu etkilerinden ötürü, mutlaka yer almalıdır. Gerekli teknolojik donanım ve tarafların sorumluluklarına ilişkin yasal çerçevesinin çizilmesiyle taburcu sonrası evde bakım hizmetlerinin uygulanmasında bir sakınca görülmemektedir.

### **Siyasi Partiler Parti Programlarında Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Projelere Yer Vermelidir:**

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oranının çok yüksek oluşu, yaşlıların siyasi olarak oy potansiyeli açısından çok önemli bir güce sahip olmalarını sağlamaktadır. Bu yüzden siyasi partiler yaşlılara yönelik hizmetler konusunda ya yeni ya da var olan uygulamaları iyileştirici projeler üretmektedirler. Ancak Türkiye’de siyasi parti programlarında yaşlılarla ilgili projelere ya hiç ya da gerektiği kadar yer verilmediği görülmektedir. Hızla yaşlanan Türkiye nüfusu için siyasi partilerin yaşlıların yaşam kalitesini arttıran projeler üzerinde şimdiden çalışmaya başlamaları tavsiye edilebilecektir.

### **Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumunu Belediyeler Üstlenmelidir:**

Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetlerinin organizasyonu incelendiğinde, evde bakım hizmetlerini sunma görevinin yerel yönetimlere/belediyelere ait olduğu görülmektedir. Yerel yönetimler/belediyeler halka en yakın kurumlar olmaları nedeniyle, halkın ihtiyaçlarını ve beklentilerini en etkin şekilde karşılayabilecek kurumlar olarak nitelendirilmektedirler. Ayrıca sosyal refah hizmetleri yerel nitelikli hizmetler olarak sınıflandırılmakta, dolayısıyla bu hizmetlerin yerel yönetimler tarafından sunulması gerektiği benimsenmektedir.

Evde bakım hizmetlerinin belediyeler tarafından uygulandığı ülkelerde merkezi idare ortak yönetim planları ve mali mekanizmalar yoluyla belediyeler arasındaki farklılıkları dengelemeye ve risk ayarlaması yapmaya çalışmaktadır. Çünkü her belediyenin özellikleri aynı değildir. Buna göre kesilen primler ulusal fon havuzunda toplanmakta ve belediyelere, belediyenin nüfus yapısına ve gelirlerine göre, tahsis edilmektedir. Ayrıca belediyelere ciddi açıklarında yardım etmek amacıyla kurulan ek bir fon bulunmaktadır.



Türkiye'deki belediyelerin en önemli eksikliklerden biri belediyelerdeki araştırma faaliyetlerinin eksikliğidir. Belediyeler sınırları içerisindeki nüfusun genel özelliklerini bilmek zorundadırlar. Çünkü hizmetlerin daha sağlıklı bir şekilde planlanması ve yürütülmesi ancak bu şekilde mümkün olacaktır. Buna bağlı olarak yapılan çalışmalarla ilgili istatistik verileri derlemek de hizmetlerin kapsamını ve gelişim seyrini takip etmek açısından yol gösterici olacaktır. Dolayısıyla bakım sigortası uygulamasına geçmeden önce Türkiye'deki belediyelerde uzman kişilerden oluşan araştırma birimleri kurulmalı, her belediye kendi bakıma muhtaç kişi haritasını çıkarmalı, bu konuda projeksiyonlar da hazırlamalıdır.

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin uygulaması eğer yasal olarak bir kamu kurumuna veya belediyelere verilirse, pek çok yolsuzluğun önünün açılacağı iddia edilmektedir. Fakat oluşturulacak olan güçlü bir denetim mekanizması ve konulan esnetilemeyecek yasal hükümler ile bunun önüne geçmek mümkündür. Sosyal hizmet alanı, özel sektörün inisiyatifine bırakılabilecek bir alan olarak görülmemelidir.

Evde bakım hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında İl Sağlık Müdürlükleri tarafından uygulanması gerektiğine ilişkin görüşler bulunmaktadır. Bu görüşler, İl Sağlık Müdürlükleri'nin yeni uygulamaya geçen aile hekimliği vasıtasıyla zaten evde bakım hizmetlerini yürütmeye başladığını iddia etmektedirler. Ancak evde bakım hizmetlerinin, tıbbi boyutu olduğu kadar sosyal boyutu da bulunmaktadır. Kaldı ki, aile hekimliği uygulamasının yerine getireceği evde sağlık bakımı hizmetleri de sınırlı olup, gerçek anlamda evde bakım hizmetleri çerçevesinde değerlendirilemez. Aile hekimliği uygulamasının evde bakım hizmetlerini gerçek anlamda yerine getirip getiremediği ilerleyen zamanlarda görülecektir. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri salt İl Sağlık Müdürlükleri'nin yerine getiremeyeceği kadar geniş kapsamlı bir alandır. Keza bu çalışmada yapılan dokuz mülakatın sekizinde İl Sağlık Müdürlükleri'nin evde bakım hizmetleri için gerekli personel yapısını kurmasının mümkün olmadığı dile getirilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin, evde sağlık bakımı kısmının İl Sağlık Müdürlükleri, evde sosyal bakım kısmının ise belediyeler tarafından yürütülmesi gerektiğine ilişkin görüşleri de dikkate almak gerekmektedir. Bu tür bir yapılanmanın hizmetler arasında dağınkılığa ve karışıklığa yol açması kaçınılmazdır. Örneğin Hollanda'da ağırlıklı olarak İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ) çatısı altında düzenlenen uzun

dönemli bakım hizmetlerinin, sağlık bakımı hizmetleri kısmı Sağlık Sigortası Yasası (ZVW), sosyal hizmetler kısmı ise Sosyal Destek Yasası (WMO) çatısı altında düzenlenmiştir. Bu yapılanma, evde bakım hizmetlerinde bölünmeye neden olmuş, her birinin kendi işleyiş kuralları olan bu farklı sistemler arasındaki koordinasyon sorununa bağlı olarak hizmetler karmaşık, dağınık ve bütünlükten uzak bir yapıya bürünmüştür. Ayrıca Hollanda'da bakım hizmeti almak isteyen bir kimsenin öncelikle hangi hizmetler için nereye başvurması gerektiği sorununu çözmesi gerekmekte, bu sorunu çözdükten sonra da üç ayrı yere başvuru yapması gerekebilmektedir.

Sonuç itibarıyla Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetler boyutu bölünmeden, bir bütün olarak belediyeler tarafından sunulması önerilebilecektir.

### **Evde Bakım Hizmetlerinin Etkin Bir Şekilde Denetlenmesi Sağlanmalıdır:**

Belediyeler tarafından sunulan evde bakım hizmetlerinin denetimini Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu üstlenmelidir. Denetimler düzenli aralıklarla gerçekleştirilmeli, denetimler arasında habersiz ve gizli denetimlere de yer verilmelidir. Tespit edilen usulsüzlükler ciddi yaptırımlarla cezalandırılmalıdır. Örneğin, belediyelerin sosyal hizmet uygulamalarını ihale yöntemiyle özel sektör eliyle yürüttükleri bilinmektedir. Bu bağlamda uygulamada tespit edilen aksaklıkların ilk başta belirli bir süre zarfı içerisinde düzeltilmesi yönünde uyarı verilebilir, aksaklığın ısrarla düzeltilmemesi halinde o özel firmanın ruhsatı elinden alınarak, bir daha evde bakım hizmetleri sektöründe yer almaması sağlanabilir. Bu gibi yaptırımlar, yasaya bağlı çıkarılacak bir yönetmelikle detaylı bir şekilde düzenlenebilir.

### **Evde Bakım Hizmetlerinin Yürütülmesinde Kurumlar Arasında İşbirliği ve Koordinasyon Olmalıdır:**

5393 sayılı Belediye Kanunu, belediyelerin diğer kurum, kuruluş ve gönüllü kişilerle işbirliği yapmasının önemine paralel olarak iki düzenleme yapmıştır. Bu düzenlemelerin ilkinde göre, belediyelere hemşehriler arasında sosyal ve kültürel ilişkilerin geliştirilmesi ve kültürel değerlerin korunması konusunda gerekli çalışmaları yapma görevi verilmiş, bu çalışmalarda üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının, sendikaların, sivil toplum kuruluşları ve uzman kişilerin katılımını sağlayacak önlemleri almaları tavsiye edilmiştir (md. 13/3). İkinci düzenlemeye göre ise belediyeler; sağlık,

eğitim, evre, sosyal hizmet ve sosyal yardım hizmetleriyle yaşlılara, kadın ve çocuklara, ozrllere, yoksul ve düşkünlere yönelik hizmetlerin yapılmasında beldede dayanışma ve katılımı sağlamak, hizmetlerde etkinlik, tasarruf ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik programlar uygulamakla görevli kılınmışlardır (md. 77/1).

Ancak bu düzenlemelerde, belediyelerin birbirleriyle işbirliği içerisinde olmalarının vurgulanmaması dikkat çekmektedir. Çünkü Türkiye’de belediyeler arasındaki en temel sorun alanlarından birini, aralarındaki iletişimsizlik ve koordinasyonsuzluk oluşturmaktadır. Oysaki hizmetlerde kalitenin sağlanması ancak ve ancak kurumlar arasındaki işbirlikleriyle mümkün olmaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetlerinin sunumunda belediyelerin SHÇEK, İl Sağlık Müdürlükleri, sivil toplum kuruluşları ve sendikaların yanında, kendi aralarında da işbirliği ve koordinasyon içerisinde olmaları, hizmetlerin etkin, düzenli ve sistemli yürümesi açısından çok büyük önem arz etmektedir.

## KAYNAKÇA

- AARP EUROPEAN LEADERSHIP STUDY (2006), **European Experiences with Long-Term Care: France, The Netherlands, Norway and The United Kingdom**, October, AARP, U.S.
- ACARTÜRK, Ertuğrul ve Hüseyin ÖZGÜR (2004), “Teoride ve Türkiye’de Desantralizasyon”, **Kamu Yönetimi** içinde, Ed. Abdullah YILMAZ ve Mustafa ÖKMEN, Gazi Kitabevi, Ankara, s. 143-182.
- ADIGÜZEL, Şenol (2009), “Türkiye’de Belediyecilik Anlayışının Dönüşümünü Küreselleşme Üzerinden Okumak”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları** içinde, Der.: İhsan KAMALAK ve Hüseyin GÜL, Kalkedon Yayıncılık: 95, SODEV Kitaplığı: 6, İstanbul, s. 99-124.
- AKDOĞAN, Yalçın (2006), “Sosyal Belediyecilik”, **Yerel Siyaset**, Yıl: 1, Sayı:3, Mart, s. 44-45.
- AKDOĞAN, Yalçın (2002), “Ulusal Soruna Yerel Çözüm: Sosyal Belediyecilik”, **Eminönü Bülteni**, Şubat Sayısı.
- AKDOĞAN, Yalçın (1999), “Sosyal Belediyecilik”, **İstanbul Dergisi**, Mart Sayısı.
- AKSAYAN, Seçil ve Güler CİMETE (1998), “Evde Bakım Kavramı”, **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı**, Marmara Üniversitesi, 24-26 Eylül, İstanbul, s. 1-6.
- AKTAN, Coşkun Can (2002), “Yoksulluk Sorununun Nedenleri ve Yoksullukla Mücadele Stratejileri”, Der. Coşkun Can Aktan, **Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, Ankara.
- AKTAN, Coşkun Can ve Özlem ÖZKIVRAK (2008), **Sosyal Refah Devleti**, Okutan Yayıncılık, İstanbul.
- AKTÜRE, Sevgi (1985), “Osmanlı Devleti’nde Taşra Kentlerindeki Değişimler”, **Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 1, İletişim Yayınları, İstanbul, s. 891-904.

- AKYÜZ, Ferhat (2008), “Sosyal Yardımdan Sosyal Sigortaya: Bismarckyan ve İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Tarihsel Dönüşümü”, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Vol. 1/5, Fall, s. 58-70.
- AL, Hamza (2007), “Türk Yerel Yönetimlerinin Yeniden İnşası”, **Dönüşüm Sürecindeki Türkiye Aktörler, Alanlar, Sorunlar** içinde, Ed. Davut DURSUN, Burhanettin DURAN ve Hamza AL, Alfa Yayınları, İstanbul, s. 355-383.
- ALADA, Adalet (1990), “Türk Belediyeciliğine Kronolojik Yaklaşım (1930-1990)”, **Türk Belediyeciliği’nde 60 Yıl Uluslararası Sempozyum**, Ankara Büyükşehir Belediyesi, 23-24 Kasım, Ankara, s. 119-143.
- ALPAYDIN, Yusuf (2007), “Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Yerel Yönetim Yetişkin Eğitimi Etkinlikleri: İSMEK Örneği”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı: 02, s. 64-72.
- ALPTEKİN, Kamil (2005), “Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetlerin Görünümü”, **6. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı**, 20-22 Mayıs, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, Yayın No: 9, Ankara, s. 376-384.
- ALTAN, Ömer Zühtü (2003), **Sosyal Politika**, İkinci Baskı, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1477, Eskişehir.
- ALTAN, Ömer Zühtü ve Yener ŞİŞMAN (2003), “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar”, **Kamu-İş Dergisi**, C. 7, S. 2, s. 2-36.
- ANDERSSON, Grazyna and Ingvar KARLBERG (2000), “Integrated Care for the Elderly: The Background and Effects of the Reform of Swedish Care of the Elderly”, **International Journal of Integrated Care**, Vol. 1, 1, November, p. 1-10.
- AOK Berlin-Brandenburg (2007), **Bakım Sigortası**,  
<http://www.aok.de/tuerkisch/berl/rd/149.php?sid=cd8784feb7c8cce5781be041a7bcee77> (Erişim tarihi: 11.04.2007)

- ARIKBOĞA, Eray (2007), “Türk Yerel Yönetim Sisteminde Reform ve Yeni Kamu Yönetimi”, **Kamu Yönetimi Yazıları Teoride Değişim, Yeniden Yapılanma, Sorunlar ve Tartışmalar** içinde, Ed. Bilal ERYILMAZ, Musa EKEN ve Mustafa Lütü ŞEN, Nobel Yayın Dağıtım, s. 42-70.
- ARIKBOĞA, Ülkü (2004), **Yönetimler Arası Mali İlişkiler**, Yaylacık Matbaası, İstanbul.
- ARNO, Peter S., Karen A. BONUCK and Robert PADGUG (1994), “The Economic Impact of High-Technology Home Care”, **The Hastings Center Report**, Vol. 24, No. 5. (Sep.-Oct.), p. S15-S19.
- ARNTZ, Melanie, Ralf SACCHETTO, Alexander SPERMANN, Susanne STEFFES and Sarah WIDMAIER (2007), “The German Social Long-Term Care Insurance: Structure and Reform Options”, **IZA (The Institute for the Study of Labor) Discussion Paper** No. 2625, February, Bonn.
- ATASOY, Veysel (1992), **Türkiye’de Mahalli İdarelerin Yapısı ve Yeniden Düzenlenmesi**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, İstanbul.
- ATEŞ, Hamza (2009), “Sosyal Belediyecilik”, **Çerçeve Dergisi**, Ocak, s. 88-95.
- AYDIN, Dursun (2005), **Evde Bakım Hizmetleri**, Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Ankara.
- AYDIN, Murat (2008), **Sosyal Politika ve Yerel Yönetimler**, Yedirenk Yayınları, İstanbul.
- AYMAN GÜLER, Birgül (2005), “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, **Ankara Üniversitesi SBF Tartışma Metinleri**, Özel Sayı: Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri: Mülkiye’den Perspektifler, No: 59, Kasım, s. 1-34.
- AYMAN GÜLER, Birgül (2000), “Yerel Yönetimleri Güçlendirmek mi? Adem-i Merkeziyetçilik mi?”, **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi**, 9/2, Nisan, s. 14-29.
- AYSAN, M. Fatih (2006), “Küreselleşme Sürecinde Türkiye’deki Sosyal Politikalar”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Güz, Sayı: 01, s. 61-64.

- AYTAÇ, Fethi (1990), “Belediye Kanunu’nun Oluşumu, Uygulanması ve Değişiklikler”, **Türk Belediyeciliği’nde 60 Yıl Uluslararası Sempozyum**, Ankara Büyükşehir Belediyesi, 23-24 Kasım, Ankara, s. 86-106.
- BASSET, William F. (2007), “Medicaid’s Nursing Home Coverage and Asset Transfers”, **Public Finance Review**, Vol. 35, No. 3, May, p. 414-439.
- BAŞARAN, Sermet (2007), “Özürümlülerin Toplumsal Bütünleşmesinde Yerel Yönetimlerin Önemi”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı: 02, s. 46-52.
- BENJAMIN, A. E. (1993), “An Historical Perspective on Home Care Policy”, **The Milbank Quarterly**, Vol. 71, No. 1, p. 129-166.
- BORATAV, Korkut (2007), **Türkiye İktisat Tarihi 1908-2005**, Onbirinci Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- BOROWSKI, Allan and Hillel SCHMID (2000), “Israel's Long-Term Care Insurance Law After a Decade of Implementation”, **Journal of Aging & Social Policy**, Vol. 12 (1), p. 49-71.
- BRIGGS, Asa (2003), “The Welfare State in Historical Perspective”, in **Welfare State Reader**, Ed. Christopher PIERSON and Francis G. CASTLES, Polity Pres, UK, p. 18-31.
- BRODSKY, Jenny and Jack HABIB (1997), “New Developments and Issues in Home Care Policies”, **Disability and Rehabilitation**, Vol. 19, No. 4, p. 150-154.
- BRODSKY, Jenny, Eileen KAPLAN and Tamara BARNEA (1995), **Experience Counts: Innovative Programs for the Elderly in Israel That Can Benefit Americans**, Ed.: Mitchell G. BARD, American-Israeli Cooperative Enterprise, USA.
- BULUT, Işıl (2001), “Evde Bakım Hizmetleri ve Sosyal Hizmet”, **İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet, Prof. Dr. Nesrin Koşar’a Armağan**, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Yayın No: 009, Ankara, s. 33-37.

- CAMPBELL, John Creighton and Naoki IKEGAMI (2003), "Japan's Radical Reform of Long-term Care", **Social Policy & Administration**, February, Vol. 37, No. 1, p. 21-34.
- CAMPBELL, John Creighton (2002), "How Policies Differ: Long-Term-Care Insurance in Japan and Germany", in **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison**, eds. Harald Conrad and Ralph Lützel, München, p. 157-187.
- CAMPBELL, John Creighton and Naoki IKEGAMI (2000), "Long-Term Care Insurance Comes to Japan", **Health Affairs**, May-June, Vol. 19, N. 3, p. 26-39.
- CAMPBELL, Ruth (1984), "Nursing Homes and Long-term Care in Japan", **Pacific Affairs**, Vol. 57, N. 1 p.78-89.
- CAN, Hasan (2006), "Sosyal Belediyecilik ve Ümraniye", **Yerel Siyaset**, Yıl: 1, Sayı: 5, Mayıs, s. 18-19.
- CANADIAN HOME CARE ASSOCIATION (2008), **Home Care: Meeting the Needs of an Aging Population**, September, Ottawa-Ontario.
- CENTRAL BUREAU of STATISTICS (2009), **Israel in Figures**, [http://www1.cbs.gov.il/publications/isr\\_in\\_n07e.pdf](http://www1.cbs.gov.il/publications/isr_in_n07e.pdf) (Erişim tarihi: 12.04.2010)
- CHEN, Yung-Ping (2003), "Funding Long-Term Care: Applications of the Trade-Off Principle in Both Public and Private Sectors", **Journal of Aging and Health**, Vol. 15 No. 1, February, p. 15-44.
- ÇİMETE, Güler (1998), "Evde Bakımda Hemşireliğin Yeri", **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı**, 24-26 Eylül, Marmara Üniversitesi, İstanbul, s.7-16.
- COYTE, Peter C. (2000), **Home Care in Canada: Passing the Buck**, University of Toronto, Toronto-Ontario.
- ÇADIRCI, Musa (1985), "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Ülke Yönetimi", **Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 1, İletişim Yayınları, İstanbul, s. 210-230.
- ÇOBAN, Mustafa (2003), **Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Doktorları ve**



**Hemşireleri Üzerinde Bir Uygulama**, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

DANIŞ, M. Zafer (2004), **Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Görüşleri**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

DAVEY, Adam and Demi PATSIOS (1999), “Formal and Informal Community Care to Older Adults: Comparative Analysis of the United States and Great Britain”, **Journal of Family and Economic Issues**, Vol. 20(3), Fall, p. 271-299.

DERDİMAN, R. Cengiz (2005), **Yeni Düzenlemelere Göre Yerel Yönetimler**, Alfa Akademi Aktüel Yayınları, İstanbul.

DİLİK, Sait (1992), **Sosyal Güvenlik**, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara.

DOĞAN, Ali Ekber (2007), **Eğreti Kamusalılık, Kayseri Örneğinde İslamcı Belediyecilik**, İletişim Yayınları, İstanbul.

DOĞAN, Mahmut (2004), “Yerel Yönetimler ve Sosyal Hizmetler”, **T.C. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü, Birinci Sosyal Hizmetler Şurası, Ön Komisyon Raporları ve Bireysel Çalışmalar Kitabı**, 19-21 Nisan, Ankara, s. 619-626.

DPT (2007), **Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı**, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No: DPT: 2741, Ankara.

DUISBURGER PFLEGETEAM (2005), **Bakım Sigortası-Sizin İçin Bilgiler**, Daisburg.

DUNCAN Susan and Linda REUTTER (2006), “A Critical Policy Analysis of an Emerging Agenda for Home Care in One Canadian Province”, **Health and Social Care in the Community**, 14 (3), p. 242-253.

EDEBALK, Gunnar (2008), “New Modes of Delivering Elderly Care in Sweden”, **Presentation at Nordic Day**, July 1, Paris.

EDİS ŞAHİN, Yeşim (2009), “Sonuç Yerine: Yerelleşme ve Toplumcu Belediyecilik”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik**

**Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları** içinde, Der.: İhsan KAMALAK ve Hüseyin GÜL, Kalkedon Yayıncılık: 95, SODEV Kitaplığı: 6, İstanbul, s. 333-352.

EDMARK, Karin (2007), “Strategic Competition in Swedish Local Spending on Childcare, Schooling and Care for the Elderly”, **Uppsala University Department of Economics Working Paper No: 21**, 3rd September, Uppsala.

EKİN, Nusret (1994), **Endüstri İlişkileri**, 6. Baskı, Beta Basım, İstanbul.

ERSÖZ, Halis Yunus (2007), “Yerel Yönetimlerin Sosyal Politika Alanındaki Rolü”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı 02, s. 30-36.

ERSÖZ, Halis Yunus (2006a), “Sosyal Devletten Gönüllü Sivil Topluma”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Güz, Sayı 01, s. 39-41.

ERSÖZ, Halis Yunus (2006b), “Sosyal Politika-Refah Devleti-Yerel Yönetimler İlişkisi”, **İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, (Prof. Dr. Toker Dereli’ye Armağan Özel Sayısı)**, Cilt: 55, Sayı: 1, İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayını, İstanbul, s. 759-775.

ERSÖZ, Halis Yunus (2004), **Sosyal Politika Perspektifinden Yerel Yönetimler (İngiltere, İsveç ve Türkiye Örneği)**, Filiz Kitabevi, İstanbul.

ERSÖZ, Halis Yunus (2000), “Yerel Yönetimlerde Fonksiyonel Değişim”, **Sayıştay Dergisi**, Yerel Yönetimler Özel Sayısı, S. 38, Temmuz-Eylül, s. 128-167.

ERYILMAZ, Bilal (2007a), **Kamu Yönetimi**, Erkan Matbaacılık, İstanbul.

ERYILMAZ, Bilal (2007b), Kapak Soruşturması: “Sosyal Politikalarda, Önce ‘Aile’, Sonra ‘Sivil Toplum’, Sonra ‘Yerel Yönetimler’ ve Daha Üst Düzeyde ‘Merkezi Yönetim’ Kuruluşlarının Rol Alması Daha Doğru Bir Yaklaşımdır”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı: 02, s. 80-82.

ERYILMAZ, Bilal (1997), **Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılanması**, Birleşik Yayıncılık, İstanbul.

ERYILMAZ, Bilal (1992), **Tanzimat ve Yönetimde Modernleşme**, İşaret Yayınları, İstanbul.

- ES, Muharrem (2007), **Kent Üzerine Düşünceler**, Plato Danışmanlık Eğitim A.Ş., İstanbul.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta (2006a), “Toplumsal Riskler ve Refah Devletleri”, **Sosyal Politika Yazıları** içinde, Der. Ayşe BUĞRA ve Çağlar KEYDER, İletişim Yayınları, İstanbul, s. 33-54.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta (2006b), “Three Worlds of Welfare Capitalism”, in **The Welfare State Reader**, Second Edition, Ed. Christopher PIERSON and Francis G. CASTLES, Polity Press, UK, p. 160-174.
- EUROSTAT (2008), **Population projections 2008-2060**, STAT/08/119, 26 August, Eurostat Press Office, Luxembourg.
- EWERS, Michael (2002), “The Advent of High-Tech Home Care in Germany”, **Public Health Nursing**, Vol. 19, No. 4, pp. 309–317.
- FEDER, Judith, Harriet L. KOMISAR, and Marlene NIEFELD (2000), “Long-Term Care in the United States: An Overview”, **Health Affairs**, Vol. 19, No. 3, p. 40-56.
- FERRERA, Maurizio (1996), “The ‘Southern Model’ of Welfare in Social Europe”, **Journal of European Social Policy**, Vol. 6, No. 1, p. 17-37.
- GÖRMEZ, Kemal (1997), **Yerel Demokrasi ve Türkiye**, İkinci Baskı, Vadi Yayınları, İstanbul.
- GÖZ, Fügen ve Medine ERKAN (2008), **Yaşlılık Sorunlar ve Bakım İlkeleri**, Oscar Tıbbi Yayıncılık, Samsun.
- GÖZE, Ayferi (2005), **Liberal, Marxiste, Faşist, Nasyonel Sosyalist ve Sosyal Devlet**, 4. Bası, Beta Basım, İstanbul.
- GRINDEL-WAGGONER, Mary (1999), “Home Care: A History of Caring, A Future of Challenges”, **MedSurg Nursing**, Nisan.
- GÜLER, Mahmut (2009), “Toplumcu Belediyeciliğin Doğuş Koşulları Üzerine”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları** içinde, Der.: İhsan KAMALAK ve

Hüseyin GÜL, Kalkedon Yayıncılık: 95, SODEV Kitaplığı: 6, İstanbul, s. 125-158.

GÜLMEZ, Mesut (1991), **Türkiye’de Çalışma İlişkileri (1936 Öncesi)**, 2. Bası, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No: 236, Ankara.

GÜNER, R. (1998), Konuşma, **Yerel Yönetimler ve Sosyal Hizmetler**, Türk Belediyecilik Derneği, Konrad Adenauer Vakfı, Zirve Ofset, Ankara, s. 73.

GÜNGÖR, Fatih ve Metin ÖZUĞURLU (1997), “İngiliz Yoksul Yasaları: Paternalizm, Piyasa ya da Sosyal Devlet”, **Ankara Üniversitesi SBF Tartışma Metinleri**, No. 03, Şubat, Ankara.

HARTMAN, Lacey, Stephanie L. JAROSEK, Beth A. VIRNIG and Sara DURHAM (2007), “Medicare-Certified Home Health Care: Urban-Rural Differences in Utilization”, **The Journal of Rural Health**, Vol. 23, No. 3, p. 254-257.

HASTINGS, Ashley (2001), **Long Term Care Insurance**, Creighton University.

HAVENS, Betty (1999), **Home Care Issues at the Approach of the 21st Century from a World Health Organization Perspective**, World Health Organization, Manitoba- Canada.

<http://www.evdebakim.org.tr>

<http://www.marshallcavendish.us> (Erişim Tarihi: 26.08.2009)

<http://www.medicare.gov/> (Erişim Tarihi: 20.04.2010)

[http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasliliga\\_Genel\\_Bakis.asp](http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Yasliliga_Genel_Bakis.asp) (Erişim Tarihi: 03.05.2010)

<http://tsrsb.org.tr/private/trk/sayi13/ince133.htm> (Erişim Tarihi: 11.04.2007)

[http://www.sweden.se/upload/Sweden\\_se/english/factsheets/SI/SI\\_FS8p\\_Elderly\\_care\\_in\\_Sweden/Elderly\\_care\\_FS13\\_150.pdf](http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS8p_Elderly_care_in_Sweden/Elderly_care_FS13_150.pdf) (Erişim Tarihi: 03.05.2010)

JAPAN STATISTICS BUREAU (2009), **Statistical Handbook of Japan 2009**, Japan.  
<http://www.stat.go.jp/english/data/handbook/c02cont.htm> (Erişim tarihi: 22.03.2010).

- KAMALAK, İhsan, Hüseyin GÜL ve Eylem BEYAZIT (2009), “Sosyal Demokrat İlkelerin Yerel Düzeyde Uygulanması Üzerine Bir Deneme: Türkiye Örneği”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları** içinde, Der.: İhsan KAMALAK ve Hüseyin GÜL, Kalkedon Yayıncılık: 95, SODEV Kitaplığı: 6, İstanbul, s. 27-63.
- KANE, Rosalie A. (1999), “Goals of Home Care: Therapeutic, Compensatory, Either, or Both?”, **Journal of Aging And Health**, Vol. 11, No. 3, August, p. 299-321.
- KAR, Bülent (2007), “Belediyelerin Yoksullukla Mücadelede Roller ve Gıda Bankacılığı”, **Yerel Siyaset**, Yıl: 2, Sayı: 13, Ocak, s. 28.
- KARA, Uğur (2004), **Sosyal Devletin Yükselişi ve Düşüşü**, Özgür Üniversite Kitaplığı: 52, Maki Basın Yayın, Ankara.
- KARAHAN, Azize ve Seval GÜVEN (2002), “Yaşlılıkta Evde Bakım”, **Geriatri Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 4, s. 155-159.
- KARATAŞ, Kasım (2001), “Belediyelerin Sosyal Görevleri: Belediyeler ve Sosyal Hizmetler”, **İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet, Prof. Dr. Nesrin Koşar’a Armağan** içinde, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Okulu Yayın No: 009, Ankara, s. 214-226.
- KARATAŞ, Kasım (1999), “Sosyal Refah: Kavramsal Boyutu, Gelişimi ve Nitelikleri”, **Yaşam Boyu Sosyal Hizmet, Prof. Dr. Sema Kut’a Armağan** içinde, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Yüksek Okulu Yayın No: 004, Ankara, s. 33-43.
- KARPAT, Kemal (1996), **Türk Demokrasi Tarihi: Sosyal, Ekonomik, Kültürel Temeller**, AFA Yayıncılık, İstanbul.
- KATZ, Steven J., Mohammed KABETO and Kenneth M. LANGA (2000), “Gender Disparities in the Receipt of Home Care for Elderly People with Disability in the United States”, **JAMA**, 284 (23), p. 3022-3027.
- KELEŞ, Ruşen (2009), “Yerel Seçimler Yaklaşırken Türkiye’de Sosyal Belediyecilik”, **Özel Kalem Dergisi**, Yıl: 2, Sayı: 21, Şubat, s. 30-32.

- KELEŞ, Ruşen (2000), **Yerinden Yönetim ve Siyaset**, 4. Basım, Cem Yayınları, İstanbul.
- KNÜVER, Iris and Matthias MERFERT (2002), “Long-Term Care Insurance in Germany: The Role of The Federal States”, in **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison**, eds. Harald Conrad and Ralph Lützel, München, p. 139-148.
- KOLANOWSKI, R. J. (1997), “Japan’s Gold Plan Emphasizes Home Care and The Consumer”, **Caring Magazine**, 16(4), p. 38-40.
- KORAY, Meryem (2005), **Sosyal Politika**, İmge Kitabevi, İkinci Baskı, Ankara.
- KORAY, Meryem (2003), “Sosyal Refah Devleti. Kimi için ‘Umut’ Kimi için ‘Kaygı’ Kaynağı”, **Sosyal Demokrat Yaklaşımlar**, SODEV-TÜSES Yayınları, İstanbul.
- KORAY, Meryem ve Alper TOPÇUOĞLU (1995), **Sosyal Politika**, 3. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa.
- KOZAK, İ. Erol (1994), **Bir Sosyal Siyaset Müessesesi Olarak Vakıf**, Sakarya Üniversitesi Matbaası, Adapazarı.
- KÖYAĞASIOĞLU, L. (1998), Konuşma, **Yerel Yönetimler ve Sosyal Hizmetler**, Türk Belediyecilik Derneği, Konrad Adenauer Vakfı, Zirve Ofset, Ankara, s. 127.
- KUZU, Burhan (1988), **Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat**, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- LEFF, Bruce and John R. BURTON (2001), “The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States”, **Journal of Gerontology**, Vol. 56A, No. 10, p. M603–M608.
- LETHBRIDGE, Jane (2005), **Care Services in Europe**, Public Services International Research Unit (PSIRU), Business School of University of Greenwich, 20 February, London.

- LEWIS, Jane (2001), "Older People and the Health–Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict", **Social Policy & Administration**, Vol. 35, No. 4, September, p. 343-359.
- MACADAM, Margaret (2004), "Examining Home Care in Other Countries: The Policy Issues", **Home Health Care Management & Practice**, August, Vol. 16, No. 5, p. 393-404.
- MCMACKIN, Sheila (2006), "What is Private-Duty Home Care? An Industry Overview", **Home Health Care Management & Practice**, February, Vol. 18, No. 2, p. 92-97.
- METROPOLITAN LIFE INSURANCE COMPANY (2004), **Long- Term Care Insurance: The Essentials**, New York.
- MOT, Esther (2010), **The Dutch System of Long-Term Care**, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis Document, No: 204, March, Netherlands.
- MURASHIMA Sachiyo, Azusa YOKOYAMA, Satoko NAGATA and Kiyomi ASAHARA (2003), "The Implementation of Long-Term Care Insurance in Japan: Focused on the Trend of Home Care", **Home Health Care Management&Practice**, August, Vol. 15, N. 5, p. 407-415.
- MURASHIMA Sachiyo, Satoko NAGATA, Joan K. MAGILVY, Sakiko FUKUI and Mami KAYAMA (2002), "Home Care Nursing in Japan: A Challenge for Providing Good Care at Home", **Public Health Nursing**, March-April, Vol. 19, No. 2, p. 94-103.
- NADAROĞLU, Halil (2001), **Mahalli İdareler**, 7. Bası, Beta Basım, İstanbul.
- OECD (2005), **Long-Term Care for Older People**, The OECD Health Project, OECD Publishing, Paris.
- OGAWA, Keiko (2006), "Outcomes Research of Home-Visit Nursing Care in Japan", **Home Health Care Management & Practice**, June, Vol. 18, N. 4, p. 286-292.
- OĞLAK, Sema (2007), **Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası**, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, No: 6, İskenderun.

- ORTAYLI, İlber (2007), **Türkiye Teşkilat ve İdare Tarihi**, Cedit Neşriyat, Ankara.
- ORTAYLI, İlber (2000), **Tanzimat Devrinde Osmanlı Mahalli İdareleri (1840-1880)**, Türk Tarih Kurumu Yayınları, Ankara.
- ORTAYLI, İlber (1990), “Yerel Yönetim: Devraldığımız Miras”, **Türk Belediyeciliğinde 60 Yıl Uluslararası Sempozyum**, Ankara Büyükşehir Belediyesi, Ankara, s. 63-74.
- ORTAYLI, İlber (1985a), **Tanzimattan Cumhuriyete Yerel Yönetim Geleneği**, Hil Yayın, İstanbul.
- ORTAYLI, İlber (1985b), “Tanzimat ve Meşrutiyet Dönemlerinde Yerel Yönetimler”, **Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Türkiye Ansiklopedisi**, Cilt 1, İletişim Yayınları, İstanbul, s. 231-244.
- ÖKMEN, Mustafa ve Bekir PARLAK (2008), **Kuramdan Uygulamaya Yerel Yönetimler İlkeler, Yaklaşımlar ve Mevzuat**, Alfa Aktüel, Bursa.
- ÖKMEN, Mustafa, Serhat BAŞTAN ve Abdullah YILMAZ (2004), “Kamu Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar ve Bir Yönetişim Faktörü Olarak Yerel Yönetimler”, **Kamu Yönetimi** içinde, Ed. Abdullah YILMAZ ve Mustafa ÖKMEN, Gazi Kitabevi, Ankara, s. 23-80.
- ÖNER, Şerif (2006), **Yeni Mevzuat Çerçevesinde Türkiye’de Belediye Yönetimi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- ÖZBEK, Nadir (2006a), **Cumhuriyet Türkiyesi’nde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**, Tarih Vakfı Emeklilik Gözetim Merkezi Yayınları, İstanbul.
- ÖZBEK, Nadir (2006b), “Osmanlı İmparatorluğu’nda Sosyal Yardım Uygulamaları”, **Tanzimat: Değişim Sürecinde Osmanlı İmparatorluğu**, Editörler: İNALCIK Halil ve Mehmet Seyitdanlıoğlu, 2. baskı, Phoneix Yayınevi, Ankara, s. 419-441.
- ÖZBEK, Nadir (2002), “Osmanlı’dan Günümüze Türkiye’de Sosyal Devlet”, **Toplum ve Bilim**, Sayı: 92, Bahar, s. 7-33.



- ÖZDEMİR, Süleyman (2006), “Refah Devleti: Altın Çağ’dan Belirsiz Geleceğe”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Güz, Sayı 01, s. 26-30.
- ÖZDEMİR, Süleyman (2004), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yayın no: 2004-69, İstanbul.
- ÖZEL, Mehmet (2007), “Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılanmasında Desantralizasyon Düşüncesi ve Gelişimi - Gelişmekte Olan Ülkeler Bağlamında Bir Yaklaşım -”, **Kamu Yönetimi Yazıları Teoride Değişim, Yeniden Yapılanma, Sorunlar ve Tartışmalar** içinde, Ed. Bilal ERYILMAZ, Musa EKEN ve Mustafa Lütfi ŞEN, Nobel Yayın Dağıtım, s. 411-445.
- ÖZTOP, Hülya, Arzu ŞENER ve Seval GÜVEN (2004), “Yaşlılıkta Sosyal Refah Açısından Evde Bakımın Önemi”, **T.C. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü, Birinci Sosyal Hizmetler Şurası, Ön Komisyon Raporları ve Bireysel Çalışmalar Kitabı**, 19-21 Nisan, Ankara, s. 373-381.
- PEKKÜÇÜKŞEN, Şerife (2004), “Sosyal Belediyecilik ve Selçuklu Belediyesi: Şefkat Evleri Örneği”, **Yerel Yönetimler Kongresi Bildiriler Kitabı**, Çanakkale, s. 458-465.
- PIERSON, Christopher (2006), **Beyond The Welfare State? The New Political Economy of Welfare**, Third Edition, Polity Press, UK.
- SALLAN GÜL (2009), “Sosyal Devlet ya da Refah Devleti Nedir?”, **Yerel Yönetimlerde Sosyal Demokrasi, Toplumcu Belediyecilik, Teorik Yaklaşımlar, Türkiye Uygulamaları** içinde, Der.: İhsan KAMALAK ve Hüseyin GÜL, Kalkedon Yayıncılık: 95, SODEV Kitaplığı: 6, İstanbul, s. 65-98.
- SALLAN GÜL, Songül (2006), **Sosyal Devlet Bitti, Yaşamın Piyasa! Yeni Liberalizm ve Muhafazakârlık Kışkacında Refah Devleti**, Ebabel Yayınları, Ankara.
- SALLAN GÜL, Songül (2000), “Yeni Sağ Sosyal Güvenlik Anlayışının Tarihsel Bağlantıları: İngiltere ve Türkiye Örnekleri”, **Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi**, 40, 3-4, s. 51-66.

- SCHMID, Hillel (2010), "Israel's Long-Term Care Insurance Scheme", [http://www.euro.centre.org/data/1254227500\\_87459.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1254227500_87459.pdf) (Erişim Tarihi: 05.04.2010)
- SCHMID, Hillel (2005), "The Israeli Long-Term Care Insurance Law: Selected Issues in Providing Home Care Services to the Frail Elderly", **Health and Social Care in the Community**, 13 (3), p. 191–200.
- SERTER, Nur (1994), **Devlet Grevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet**, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- SEYYAR, Ali (2008a), "Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel zrller Politikası (zrl Dostu Yerel Sosyal Politikalar)", **Yerel Siyaset**, Yıl: 3, Sayı: 27, Mart, s. 80-85.
- SEYYAR, Ali (2008b), "Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel Yaşlılar Politikası", **Yerel Siyaset**, Yıl: 3, Sayı: 28, Nisan, s. 44-47.
- SEYYAR, Ali (2008c), "Evde Sosyal Bakım Hizmetlerine Niçin İhtiyaç Vardır?", **Yeni Yüzyıl Dergisi**, Temmuz, Sayı: 5, s. 30-33.
- SEYYAR, Ali (2007a), "Teorik ve Pratik Boyutuyla Sosyal Bakım", **Sosyal Bakım Rehberi** içinde, Ed. Mehmet AYSOY, şefkatli Eller Yayınları, Ankara, s. 5-104.
- SEYYAR, Ali (2007b), **Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım**, şefkatli Eller Yayınları, Ankara.
- SEYYAR, Ali (2007c), **Teorik ve Pratik Boyutuyla Sosyal Bakım**, Yenilenmiş 2. Baskı, şefkatli Eller Yayınları, Ankara.
- SEYYAR, Ali (2006), **zrllere Adanmış Sosyal Politika Yazıları**, Adapazarı Büyükşehir Belediyesi.
- SEYYAR, Ali (2004), **Teorik ve Pratik Boyutlarıyla Sosyal Bakım**, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu Genel Mdrlg Yayını, Genel Yayın No: 44, Ankara.
- SEYYAR, Ali (2000), "Federal Almanya'da Ailenin Sosyal Güvenliği", **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt: 14, Sayı:1, Ocak, s. 12-21.

- SEYYAR, Ali (1999), “Avrupa Birliği’nde Bakıma Muhtaçlığın Tıbbi Tanımı ve Bakım Hizmetleri”, **Medikal-Teknik Dergisi**, Yıl: 13, Sayı 150, Ocak.
- SHARKEY, Shirlee, Lesley LARSEN and Barb MILDON (2003), “An Overview of Home Care in Canada: Its Past, Present, and Potential”, **Home Health Care Management Practice**, August, Vol. 15, N. 5, p. 382-390.
- SHNOOR, Yitschak, Mali SZLAIFER, Amitai S. AOBERMAN and Netta BENTUR (2007), “The Cost of Home Hospice Care for Terminal Patients in Israel”, **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, Vol. 24, No. 4, August/September, p. 284-290.
- SOROCHAN, Michael W. (1997), “Home Care in Canada”, **International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services**, Vol. 10, N. 4, p. v-x.
- STATISTICS CANADA (2009), Population ve Demography, <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-eng.html> (Erişim Tarihi: 01.04.2010)
- STATISTICS NETHERLANDS (2010), **Key Figures of the Population Forecasts 2008-2050**, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=03766eng&LA=EN> (Erişim Tarihi: 29.04.2010).
- STATISTICS SWEDEN (2010), **Demographic reports: The future population of Sweden 2009-2060**, Stockholm, [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/BE0401\\_2009I60\\_BR\\_BE51BR0901ENG.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2009I60_BR_BE51BR0901ENG.pdf) (Erişim Tarihi: 29.04.2010)
- STEINFATT, Teresa (2010), **Aging in Place: Advantages and Disadvantages of Seniors Continuing to Live in Their Own Homes in Richmond**, March 7, <http://www.homeinsteadrva.com/2010/03/07/aging-in-place-advantages-and-disadvantages-of-seniors-continuing-to-live-in-their-own-homes-in-richmond/> (Erişim Tarihi: 04.05.2010).
- SWEDEN MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS (2007), **Care of the Elderly in Sweden**, Fact Sheet, No: 18, September, Stockholm.

- ŞEN, Mustafa (2007), “Bütüncül Belediyecilik Yaklaşımı, Kültürel Belediyeciliğe Giden Yolda Bir Aşama: Sosyal Belediyecilik”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı: 02, s. 38-44.
- ŞENKAL, Abdülkadir (2005), **Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika**, Alfa Basım, İstanbul.
- ŞENTOP, Mustafa (2006), “Anayasa ve Sosyal Devlet”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Güz, Sayı: 01, s. 42-47.
- TALAS, Cahit (1992), **Türkiye’nin Açıklamalı Sosyal Politika Tarihi**, Bilgi Yayınevi, Ankara.
- TALAS, Cahit (1991), “Öğretilerde Sosyal Devlet”, **TODAİE İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt: 13, s. 91-102.
- TALAS, Cahit (1981-82), “Sosyal Haklar ve Türk Anayasalarında Sosyal Hakların Evrimi”, **TODAİE İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt: 3-4, s. 38-75.
- TALCOTT, Paul (2002), “The Politics of Japan’s Long-Term Care Insurance System”, in **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison**, eds. Harald Conrad and Ralph Lützel, München, p. 89-121.
- TANLI, Sarper (1998), ”ABD’de Evde Bakım Hizmetleri”, **I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı**, 24-26 Eylül, Marmara Üniversitesi, İstanbul, s. 304-311.
- TANLI, Sarper (1996), **Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi**, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TAŞÇI, Faruk (2010), “Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri”, **Çalışma ve Toplum**, S. 24, s. 175-202.
- TEKELİ, İlhan (1990), “Cumhuriyetin Altmış Yıllık Belediyecilik Deneyinin Değerlendirilmesi Üzerine”, **Türk Belediyeciliğinde 60 Yıl Uluslararası Sempozyum**, Ankara Büyükşehir Belediyesi, Ankara, s. 44-56.
- TOKOL, Aysen (2005), **Türk Endüstri İlişkileri Sistemi**, Genişletilmiş İkinci Baskı, Nobel Yayın, Dağıtım, Ankara.

- TOPBAŞ, Kadir (2007), Özel Söyleşi: “Sosyal Belediyecilik Anlayışımız; Küresel Gerçeklerin Kavranması ve Buna Uyumlu Politikaların Üretilmesinin Yanında Tarihi ve Kültürel Kodlarımızdan Aldığımız İlhamın Bir İfadesidir.”, **Sosyal Politikalar Dergisi**, Kış, Sayı: 02, s. 100-105.
- TOPRAK, Zerrin (2006), **Yerel Yönetimler**, 6. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- TORTOP, Nuri, Burhan Aykaç, Hüseyin Yayman ve M. Akif Özer (2006), **Mahalli İdareler**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- TOUSIGNANT, M., N. DUBUC, R. HEBERT and C. COULOMBE (2006), “Home-Care Programmes for Older Adults with Disabilities in Canada: How Can We Assess the Adequacy of Services Provided Compared with the Needs of Users?”, **Health and Social Care in the Community**, 15 (1), p. 1-7.
- TRYDEGÅRD, Gun-Britt (2003), “Swedish Elderly Care in Transition: Unchanged National Policy But Substantial Changes in Practice”, **Paper for the inaugural ESPAnet conference ‘Changing European Societies-The Role for Social Policy’**, 13-15 November, Organised by the Danish National Institute of Social Research, Copenhagen.
- TUNA, Orhan ve Nevzat Yalçıntaş (1999), **Sosyal Siyaset**, 7. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- TÜİK (2010), **Haber Bülteni: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı Sonuçları 2009**, Sayı: 15, 25 Ocak, Ankara.
- TÜİK (2009a), **Türkiye İstatistik Yıllığı 2009**, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- TÜİK (2009b), **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine Göre Nüfus Projeeksiyonları**.
- TÜMERKAN, Sıdıka (1946), **Türkiye’de Belediyeler (Tarihi Gelişim ve Bugünkü Durum)**, İçişleri Bakanlığı Yayınları, Seri: III, Sayı: 3, R. Zelic Basımevi, İstanbul.

- UK OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS (2009a), **Statistical Bulletin: National Population Projections, 2008-based**, 21 October, <http://www.statistics.gov.uk/pdftdir/pproj1009.pdf> (Erişim Tarihi: 26.04.2010).
- UK OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS (2009b), **Ageing: Fastest Increase in the ‘Oldest Old’**, 27 August, <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?ID=949> (Erişim Tarihi: 26.04.2010).
- UK OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS (2009c), **Statistical Bulletin: Older People’s Day 2009**, 30th September, <http://www.statistics.gov.uk/pdftdir/age0909.pdf> (Erişim Tarihi: 26.04.2010).
- U.S. CENSUS BUREAU (2010), **State Interim Population Projections by Age and Sex: 2004-2030**, <http://www.census.gov/population/www/projections/projectionsagesex.html> (Erişim tarihi: 13.04.2010).
- ULUSOY, Ahmet ve Tekin Akdemir (2005), **Mahalli İdareler**, Üçüncü Baskı, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- UNITED NATIONS (2009), **World Population Aging 2009**, Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
- VAKIFLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, TÜRK VAKIFLARI ARAşTIRMA MERKEZİ (2010), **Bazı Vakfiyelerin Hayır Şartları**, [http://www.vgm.gov.tr/08\\_KulturelFaaliyetler/005\\_ArastirmaMerkezi/arastirma.cfm](http://www.vgm.gov.tr/08_KulturelFaaliyetler/005_ArastirmaMerkezi/arastirma.cfm) (Erişim Tarihi: 10.05.2010).
- VEREIN FÜR INTERNATIONALE FREUNDSCHAFTEN (Uluslararası Dostluk Derneği) e.V. (2005), **Bakım Sigortası: “Yaşlı Göçmenler ve Almanlar için Sağlık” Projesi için Materyaller**, Dortmund. <http://www.vif-do.de/PflegeversicherungTuerkei.pdf> (Erişim tarihi: 02.03.2010)
- WHO (2008), **Home Care in Europe**, Edited by Rosanna TARRICONE and Agis D. TSOUROS, Italy.

- WHO (2006), **Highlights on Health in Germany 2004**, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2000), **Home-Based Long-Term Care**, Report of a WHO Study Group, WHO Technical Report Series 898, Geneva.
- YENER, Z. (1998), Konuşma, **Yerel Yönetimler ve Sosyal Hizmetler**, Türk Belediyecilik Derneği, Konrad Adenauer Vakfı, Zirve Ofset, Ankara, s. 24.
- YILDIRIM, Selahattin (1990), “Yerel Yönetim ve Demokrasi”, **Türk Belediyeciliği’nde 60 Yıl Uluslararası Sempozyum**, Ankara Büyükşehir Belediyesi, 23-24 Kasım, Ankara, s. 7-43.
- YILDIRIM, Uğur ve İsmail GÖKTÜRK (2008), “Toplumsal Sorunların Çözümünde Yeni Belediyecilik Anlayışı: Sosyal Belediyecilik Yaklaşımı”, **1. Ulusal Yerel Yönetimler Sempozyumu**, 23-24 Ekim, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, s. 237-255.
- YÜKSEL, Fatih (2007), “Sosyal Devletin Dönüşüm Sürecinde Yerel Yönetimlerin Yeni İşlevleri”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt: 62, No: 1, s. 279-298.
- YÜKSEL, Fatih (2004), “Kamu Yönetiminde Yeni Eğilimler Perspektifinde Türk Kamu Yönetiminde Reform İhtiyacı ve Kamu Yönetimi Reformu Yasa Tasarısı” **Kamu Yönetimi** içinde, Ed. Abdullah YILMAZ ve Mustafa ÖKMEN, Gazi Kitabevi, Ankara, s. 1-22.

## EKLER

### EK 1. EVDE BAKIM HİZMETİ İÇİN İHBAR (BAŞVURU) FORMU

İHBAR FORMU			
HASTA BİLGİSİ		ADRES BİLGİSİ	
İhbar No	:	Mahalle/Köy	:
Tarih	:	Cadde	:
T.C. Kimlik No	:	Sokak	:
Adı	:	Apartman/Site	:
Soyadı	:	Ada/Blok	:
Yaşı	:	Ev No	:
Cinsiyeti	:	Daire No	:
Sosyal Güvence:	:	Kat No	:
İhbarı Yapan Kişi	:	İlçe	:
İhbarı Yapan Kişi Telefonu	:	Telefon No 1	:
Görüşmeyi Yapan Kişi	:	Telefon No 2	:
<b>Şikayeti</b>			
<b>Açıklama</b>			



**EK 2: BAKIM DESTEK VE REFAKAT HİZMETİ TAKİP FORMU**

<b>BAKIM DESTEK VE REFAKAT HİZMETİ TAKİP FORMU (Ek Sayfa)</b>		
<b>Tarih:</b>	..... / ..... / 200..	<b>Yapılan İşlemler:</b>
<b>Saat:</b>	:	
<b>Hasta/Yakını</b>		
<b>Ad-Soyad İmza</b>		
<b>Görevli Personel</b>		
<b>Tarih:</b>	..... / ..... / 200..	<b>Yapılan İşlemler:</b>
<b>Saat:</b>	:	
<b>Hasta/Yakını</b>		
<b>Ad-Soyad İmza</b>		
<b>Görevli Personel</b>		
<b>Tarih:</b>	..... / ..... / 200..	<b>Yapılan İşlemler:</b>
<b>Saat:</b>	:	
<b>Hasta/Yakını</b>		
<b>Ad-Soyad İmza</b>		
<b>Görevli Personel</b>		

### EK 3. SOSYAL İNCELEME RAPORU

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME				
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTLERİ BAĞIMLILIK DURUMUNA GÖRE DEĞERLENDİRME				
		BAĞIMLI	YARI BAĞIMLI	BAĞIMSIZ
1	YIKANMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	GİYİNME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	BESLENME	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	TUVALET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	ALIŞVERİŞ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	ULAŞIM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	YEMEK HAZIRLAMA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	TEMİZLİK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	TEDAVİ TAKİP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YAPILAN TESPİTLER				

## EK 4. HİZMET DEĞERLENDİRME VE HASTA MEMNUNİYETİ FORMU

..... BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER DAİRE BAŞKANLIĞI	
EVDE BAKIM HİZMETLERİ ORGANİZASYONU	
HİZMET DEĞERLENDİRME VE HASTA MEMNUNİYETİ	
HASTA BİLGİLERİ TARİH: .... / .... / 20....	
1) TC NO: .....	4) ADRES: .....
2) ADI: .....	
3) SOYADI: .....	
BİLGİ VEREN KİŞİ	
5) ADI: .....	7) HASTA YAKINLIK DERECEŚİ : .....
6) SOYADI: ..... 8) İMZASI:	
9) Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Son Bir Ay İçinde Size Yönelik Gerçekleştirilen Ziyaretler Nelerdir?	
Ziyaret Şekli:	
Sosyal inceleme.....	
Doktor değerlendirme hizmetleri.....	
FTR uzmanı değerlendirmesi.....	
Hemşirelik hizmetleri.....	
Bakım destek ve refakat.....	
Fizik tedavi hizmetleri.....	
10) Şu An Verilen Evde Bakım Hizmetini Genel Olarak Nasıl Buluyorsunuz?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
11) Size Hizmet Veren Personelin Davranışlarını Nasıl Buluyorsunuz? (Güleryüz, Saygı, Nezaket)	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
12) Size Hizmet Veren Personelin Bilgi Ve Becerilerini Nasıl Buluyorsunuz?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
13) Size Hizmet Veren Personel Yeterli Vakit Ayırıyor mu?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
14) Hizmet Veren Personel Hastalığınız Ve Tedaviniz Hakkında Yeterli Bilgi Veriyor mu?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
15) Evde Bakım Hizmetiyle İhtiyaçlarınız Tam Olarak Karşılanabiliyor mu?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
16) İhtiyaç Duyduğunuzda Hizmet Veren Personele Ulaşabiliyor Musunuz?	
Kötü .....Orta .....İyi .....Çok İyi .....	
17) Evde Bakım Hizmetiyle İlgili Şikayetleriniz Nelerdir?	
.....	
.....	
18) Evde Bakım Hizmetiyle İlgili Öneri ve Görüşleriniz Nelerdir?	
.....	
.....	
19) Yapılan Tespitler	
.....	
.....	
Formu Dolduran	

## ÖZGEÇMİŞ

Cihan SELEK ÖZ, 28.11.1981 tarihinde İstanbul'da doğdu. İlkokulu, İstanbul Ali Suavi İlkokulu'nda, Ortaokulu İstanbul Kocamustafapaşa Lisesi'nde, liseyi ise İstanbul Pertevniyal Lisesi'nde okudu. 1999 yılında girdiği Sakarya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nden 2003 yılında mezun oldu. Aynı yıl Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları Yönetimi ve Endüstri İlişkileri Bilim Dalı'nda yüksek lisans, 2005 yılında ise Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda doktora öğrenimine başladı. 31.12.2003 tarihinden beri Sakarya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nde araştırma görevlisidir.