

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE UZUN DÖNEM BAKIM
HİZMETLERİ SORUNU

Yüksek Lisans Tezi

Nilüfer ATAGÜN

Ankara -2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE UZUN DÖNEM BAKIM
HİZMETLERİ SORUNU

Yüksek Lisans Tezi

Nilüfer ATAGÜN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Ankara -2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

Nilüfer ATAGÜN

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM VE UZUN DÖNEM BAKIM
HİZMETLERİ SORUNU

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Şenay GÖKBAYRAK

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

İmzası

.....

.....

.....

.....

.....

Tez Sınav Tarihi

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. (...../...../2.....)

Nilüfer ATAGÜN



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesindeki katkılarından ve gönülden desteğinden dolayı danıőmanım Prof. Dr. şenay GÖKBAYRAK'a, teőekkürlerimi sunarım. Ayrıca süreç içerisinde yanımda olan eőime, aileme ve hayatı yeniden öğrenmemi sağlayan kızım Nil Defne'ye teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
GRAFİK LİSTESİ.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	V
KISALTMALAR.....	VI
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM SORUNU OLARAK YAŞLANMA: SOSYAL	
GÜVENLİK SİSTEMLERİNDE BAKIM SORUNU	4
1.1 Sosyal Güvenlik ve Demografi İlişkisi	4
1.2. Demografik Dönüşüm ve Yaşlanma	10
1.2.1. Demografik Dönüşüm, Demografik Fırsat Penceresi	10
1.2.2. Yaşlanma ve Dünya Nüfusunun Yaşlanması	18
1.2.3. Türkiye’de Nüfusun Yaşlanması.....	22
1.3. Nüfusun Yaşlanmasının Sosyal Güvenlik Sistemlerine Etkileri	26
1.3.1. Nüfusun Yaşlanmasının Finansal Açıdan Sosyal Güvenlik Sistemlerine Etkisi.....	26
1.3.2. Yeni Bir Sosyal Risk Olarak Bakım Sorunu ve Yaşlanma	28
1.3.3. Türkiye’de Yaşlanmanın Sosyal Güvenlik Sistemine Etkisi.....	30
İKİNCİ BÖLÜM	42
REFAH REJİMLERİNE GÖRE FARKLI UZUN DÖNEM BAKIM	
MODELLERİ	42
2.1. Uzun Dönem Bakım Hizmetleri.....	42
2.1.1. Bakım Sorumluluğu: Formel, Enformel Bakım	43
2.1.2. Bakım Hizmetlerinin Türleri: Evde Bakım ve Kurumsal Bakım.....	49
2.1.3. Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Finansmanı	53
2.2. Refah Rejimleri ve Ülkelerde Uzun Dönem Bakım Hizmetleri.....	56
2.2.1. Evrensel Model: İsveç	59
2.2.2. Sosyal Sigorta Modeli: Almanya	64
2.2.3. Liberal Model: İngiltere	79
2.2.4. Güney Refah Rejimi-Geleneksel Model: İtalya	84
2.2.5. Uzakdoğu Modeli: Japonya.....	89
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	96
TÜRKİYE’DE REFAH REJİMİ VE UZUN DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ....	96
3.1. Türkiye’de Refah Rejimi ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Güvenlik Hizmetleri	96

3.1.1. Yaşlılık Sigortası	99
3.1.2. 2022 sayılı Kanun- 65 Yaş Aylığı.....	101
3.1.3. Sosyal Hizmetler	103
3.1.4. Bireysel Emeklilik Sistemi.....	103
3.2. Türkiye’de Mevcut Uzun Dönem Bakım Hizmetleri.....	108
3.2.1. Bakım Hizmetlerinin Kapsamı, Bakıma Muhtaçlık Tanımı ve Bakım Hizmetleri Kapsamında Sağlanan Yardımlar	108
3.2.2. Bakım Hizmetlerinin Finansmanı	113
3.2.3. Bakım Hizmetlerinin Yönetimi	114
3.2.4. Bakım Hizmetlerini Sağlayanlar: Enformel Bakım ve Göçmen Kadın Emegi	114
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	123
KAYNAKÇA.....	133
ÖZET	141
ABSTRACT	142

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1:	Demografik Dönüşüm Aşamaları	10
Grafik 2:	Demografik Dönüşüme Ait Nüfus Piramitleri.....	12
Grafik 3:	Dünya Genelinde Doğurganlık Hızları	14
Grafik 4:	Dünya Genelinde Doğumda Yaşam Beklentisi	15
Grafik 5:	Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızı	17
Grafik 6:	Türkiye’de Doğumda Yaşam Beklentisi.....	18
Grafik 7:	Küresel Nüfus Piramidi	19
Grafik 8:	OECD Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun 2015 Yılındaki Durumu ve 2050 Yılındaki Beklenti.....	21
Grafik 9:	OECD Ülkelerinde 80 Yaş Üstü Nüfusun 2015 Yılındaki Durumu ve 2050 Yılındaki Beklenti.....	22
Grafik 10:	Türkiye Nüfus Piramitleri.....	23
Grafik 11:	Türkiye’de 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerisindeki Payı, Yaşlı Bağımlılık Oranı	25
Grafik 12:	Yaş Grupları İtibariyle Türkiye’de 65 Yaş Üstü Nüfusun Oranı	26
Grafik 13:	OECD 12 de Uzun dönem Bakım Hizmeti Verenlerde Kadın Çalışanların Oranı... 46	
Grafik 14:	OECD Genelinde 65 Yaş Üstü Nüfusta Evde Bakım Hizmeti Alan Kişi Sayısı.....	50
Grafik 15:	OECD Ülkelerinde 65 yaş ve Üzeri Her 1000 Kişi İçin Uzun dönem Bakıma Yönelik Yatak Sayısı.....	52
Grafik 16:	OECD Ülkelerinde Uzun Dönem Bakım Harcamalarının GSYH’ye Oranları	55
Grafik 17:	Sağlık Harcamalarında Yıllara Göre Öngörülen Değişim.....	56
Grafik 18:	İsveç’te Uzun dönem Bakım Hizmetlerinin Gelişimi	63
Grafik 19:	Alman Uzun dönem Bakım Sigortası Prim Oranlarının Yıllar İtibariyle Değişimi .	70

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yaş Grupları İtibariyle Türkiye Nüfusu.....	24
Tablo 2: 2012-2018 Yılları Arası Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişilerin Bilgileri	33
Tablo 3: 2008-2018 Yılları İtibariyle Aktif Sigortalı Sayısının Pasif Sigortalı Sayısına Oranı .	34
Tablo 4: SGK 2008-2018 Yılları Arası Gelir/Gider Tablosu	36
Tablo 5: SGK 2008-2018 Yılları Arası Prim Gelirleri, Emekli Aylıkları, Sağlık Giderleri	37
Tablo 6: Almanya’da Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinden Faydalanan Kişi Sayısı, Cinsiyeti, Bakım Türlerine Göre Dağılımı (2017)	67
Tablo 7: Almanya’da Bakıma Muhtaçlık Derecelerine Göre Evde/Yarı Konut Bakımında/ Kurumsal Bakım Hizmetlerine Ödenen Tutarlar	77
Tablo 8: İtalya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfus İçerisinde Bakım Hizmeti Alanların Oranı	85
Tablo 9: İtalya’da Kamu Tarafından Yapılan Uzun Dönem Harcamaların Oransal Dağılımı ...	86
Tablo 10: Japonya’da Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Olarak Gelişimi.....	90
Tablo 11: Japonya’da Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı.....	91
Tablo 12: 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Malullük, Yaşlılık, Ölüm Aylığı Alan Kişilerin 2008-2017 Yılı Verileri	97
Tablo 13: Yaşlılık Aylığı Verileri- 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Yaşlılık Aylığı Alan Kişilerin Oranı.....	100
Tablo 14: 2011-2019 Yılları Arası Bireysel Emeklilik Sistemine İlişkin Veriler	104
Tablo 15: 2019/Mart BES Otomatik Katılım Sistemi Verileri.....	105
Tablo 16: Türkiye’de Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Kapasitesi, Doluluk Oranı, Bakılan Yaşlı Sayısı.....	111
Tablo 17: 2008 ila 2017 Yılları Arasında Evde Bakım Aylığından Yararlanan Kişi Sayısı	112
Tablo 18: Türkiye’de 15 Yaş ve Üzeri Bakıma İhtiyacı Olan Çocuğu ve Akrabası Bulunan Kişilerin Bakım Yeri Tercihleri	115
Tablo 19: 2010-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Sektörler İtibarıyla Kayıt Dışı İstihdam Oranları	116
Tablo 20: Türkiye’de 2011 ile 2017 Yıllarında Yabancıların Çalışma İzinlerinde Bakım ve Ev Hizmetleri Kapsamı	119
Tablo 21: Türkiye’de Bakım ve Ev Hizmetleri Kapsamında Bildirilen Kişi Sayısı- Yabancı Çalışan Oranı.....	120

KISALTMALAR

- AÇSHB** : Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı
BES : Bireysel Emeklilik Sistemi
BM : Birleşmiş Milletler
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
GSS : Genel Sağlık Sigortası
ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü
OKS : Otomatik Katılım Sistemi
SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT : Sağlık Uygulama Tebliği
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
vb. : ve benzeri

GİRİŞ

Demografik dönüşüm, kısaca dinamik yapıya sahip nüfus yapısında meydana gelen değişimler olarak tanımlanabilir. Doğurganlık oranının düşmesi, doğumda yaşam beklentisinin artması ile toplam nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri nüfusun payı giderek artmaktadır.

Yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemleri üzerinde gelir azaltıcı ve gider artırıcı yönleri bulunmaktadır. Toplumun yaşlanması ile birlikte çalışabilir çağdaki nüfus sayısı ve işgücüne katılım oranı düşmektedir. Böylelikle hem sosyal güvenlik sistemlerine prim ödeyen kişi (aktif sigortalı) sayısı azalmakta, hem de sistemden emekli aylığı alan (pasif sigortalı) sayısı artmaktadır. Özellikle ülkemizde de olduğu gibi kamu emeklilik sistemlerinde uygulanan ve dağıtım yöntemi (pay as you go) denilen çalışanların emeklileri finanse ettiği sistemlerde sistemin finansal sürdürülebilirliğinde bu nedenlerle güçlüklerle karşılaşmaktadır. Ayrıca yaşlılıkta özellikle kronik hastalıkların etkisi ile artan sağlık harcamalarının da bir taraftan sistemin sürdürülebilirliğini etkilediğini söylemek gerekir. Mevcut sosyal güvenlik sistemleri hem finansal hem de yönetsel açıdan yeni oluşan bu riski karşılamakta güçlük çekeceklerdir. Her ne kadar sağlıklı ve aktif yaşlanma teşvik edilse ve giderek aktif yaşlanmanın önemine vurgu artsa da toplumların yaşlanması ile uzun dönem bakım ihtiyacı gündeme gelmektedir.

Türkiye’de hali hazırda uygulanan bazı uzun dönem bakım hizmetleri bulunmaktadır. Ancak bu hizmetlerin yeterli düzeyde ve herkes tarafından ulaşılabilir olduğunu söylemek mümkün değildir. Yaşlanma ile beraber, kadınların işgücüne katılım oranının artması, çekirdek ailelerin yaygınlaşması, toplumsal yapıda meydana gelen diğer değişiklikler konunun daha kapsamlı, sistematik yaklaşımlarla ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Bu tezde demografik dönüşüm ve yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemine etkisini incelenerek ülke örnekleri üzerinden Türkiye’de nasıl bir uzun dönem bakım hizmeti kurgulanabileceği üzerine değerlendirmeler yapmak amaçlanmaktadır.

Tezin ilk bölümünde öncelikle demografik dönüşüm, sosyal güvenlik ve yaşlanma ile ilgili teorik tanımlamalara yer verilmiştir. Dünyada ve Türkiye’de yaşlanmanın düzeyi, yapılan projeksiyonlarla ileride yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının ne düzeylerde olacağına değinildikten sonra yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemlerine etkisi tartışılmıştır. Yaşlanmanın hem finansal açıdan sosyal güvenlik sistemlerine etkisi, hem de yeni bir sosyal risk olarak bakım sorunu üzerinde durulmuştur. Türkiye özelinde sosyal güvenlik sisteminin yapısına kısaca değinildikten sonra sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus, sosyal güvenliğin gelir ve gider dengesi, aktif pasif oranına yer verilmiştir. Yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemine bugün ve ileride etkisi uygulamalar ve mevcut işgücü piyasalarının durumu eşliğinde tartışılmıştır.

Tezin ikinci bölümünde ise uzun dönem bakım hizmetleri kavramı açıklanarak farklı refah rejimi tipolojilerine göre belirli ülkelerdeki bakım hizmetleri uygulamalarına yer verilmiştir. Burada her ülke için bakım hizmetlerinin kapsamı, finansmanı, yönetimi, bakım hizmetlerini sağlayanlar ve bakım hizmetleri kapsamında sağlanan yardımlar alt başlık olarak incelenmiştir. Böylelikle bir bütünlük oluşturulmaya çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde ise Türkiye’deki refah rejiminin özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal güvenlik hizmetleri değerlendirilmiştir. Bu bölümde, sosyal hizmetlerle birlikte Dünya Bankası deyimiyle üçüncü basamak emeklilik sistemi olarak tanımlanan bireysel emeklilik sistemi ve sistemin son uygulaması otomatik katılım sistemi de anlatılmıştır. Ülkemizdeki mevcut uzun dönem bakım hizmetleri de yine ikinci bölümdeki metodoloji kullanılarak açıklanmıştır.

Sonuç ve değerlendirme bölümünde ise Türkiye’de kurulacak ve kurgulanacak bakım sisteminin nasıl olabileceği mevcut refah rejimi, istihdam yapısı ve değişen aile yapıları çerçevesinde tartışılmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM SORUNU OLARAK YAŞLANMA: SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİNDE BAKIM SORUNU

1.1 Sosyal Güvenlik ve Demografi İlişkisi

İnsanlık tarihi boyunca bireylerin risklerden korunma ihtiyacı her zaman var olmuştur. İlk çağlardan itibaren ortaya çıkan risklere karşı güvence arayışı; kişilerin aileleri ve kendi tasarrufları ile korunmalarından, yardım sandıkları olan loncaların varlığına, sanayileşme ve endüstri devrimi ile daha kurumsallaşmış yapıların ve yeni hakların, sosyal güvenlik kavramının ortaya çıkmasına öncülük etmiştir.

Sosyal güvenliğin konusunu sosyal riskler oluşturmaktadır (Arıcı, 1999:5). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 1952 yılında kabul ettiği 102 numaralı Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi ile de tanımlanan bu riskler; hastalık, analık, yaşlılık, maluliyet, ölüm (fizyolojik riskler), işsizlik (sosyo-ekonomik risk), iş kazası ve meslek hastalığı (mesleki riskler) ve aile yardımlarıdır. Bu kavramların risk sayılmasının sebebi bu olayların bireylerin ya gelirlerinde azalışa ya da giderlerinde artışa sebep olmasıdır. Örneğin yaşlanan bir birey çalışamayacağı için gelir kaybı yaşar, yoksulluğa düşebilir. Bireylerin yaşlılık döneminde tıbbi yardıma ihtiyacı da artacağı için bu durum giderlerinde de artışa sebep olmaktadır. Sosyal güvenlik, bu ve benzeri (vb.) sosyal risklerle karşılaşan bireylere sosyal koruma sağlamak için oluşturulmuştur.

Geniş anlamda tanımlandığında sosyal güvenlik; ekonomik bakımdan zayıf, korunmaya gereksinim duyan kişilere; adil gelir, hizmet, hak ve özgürlük sağlayan, refah düzeyi yüksek bir toplum düzeni oluşturmayı amaçlayan önlemler bütünü olan sosyal politikanın (Talas, 1997:33) uygulanma araçlarından birisidir. Sosyal güvenliğin zamanla sosyal riskin sonuçlarını onarmadan sosyal riski önlemeye ve insanların mutluluğunun artmasına da katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 22'nci maddesi de "Herkesin, toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenliğe hakkı vardır. Ulusal çabalarla ve uluslararası iş birliği yoluyla ve her devletin örgütlenmesine ve kaynaklarına göre, herkes onur ve kişiliğinin serbestçe gelişim için gerekli olan ekonomik, sosyal ve kültürel haklarının gerçekleştirilmesi hakkına sahiptir." şeklinde düzenlenerek bu gelişmeye destek ve yön vermiştir.

Genel olarak nüfusun yapısı ile ilgilenen *demografi* terimi literatürde "*insan topluluklarının çoğalmalarıyla azalmalarının, göç, doğurganlık, ölüm oranlarındaki değişen kalıplara ve cinsiyet oranı, bağımlılık oranı ve yaş yapısı türünden özelliklere göre incelenmesi*" olarak tanımlanmıştır (Marshall, 2003:139).

Nüfusu belirleyen temel faktörler; bir ülkedeki doğum, ölüm, evlenme, boşanma oranları ve göçtür. Toplumların nüfusunun büyüklüğünün yanı sıra nüfusun yapısal özellikleri de o ülkeye dair ekonomik, kültürel ve sosyal yaşamı, bilimsel çalışmaları ve uygulanacak politikaları etkileyen bir unsurdur. Demografi ve sosyal güvenlik politikaları ve uygulanacak sistemler arasında da sıkı bir bağ mevcuttur.

Diğer politika alanlarında olduğu gibi sosyal güvenlik alanında da yapılacak olan tüm düzenlemeler doğrudan ya da dolaylı olarak tüm nüfusu etkilemektedir. Uygulanacak politikaların nüfusun ihtiyaçlarına karşılık verebilmesi için diğer verilerin yanı sıra demografik verilerden de yararlanmak gerekmektedir (Okur vd 2009: 63).

Sosyal güvenliğe ilişkin işlem ve düzenlemelerin belirlenmesi süreci, politik ve siyasi yapıdan da etkilenmektedir. Nüfustaki oy verme hakkına sahip bireylerin demografik özellikleri, talep edecekleri sosyal güvenlik haklarını da belirleyen unsurlardan bir tanesidir (Julien, 2016).

Örneğin bir ülkedeki “15-49 yaş arasındaki kadınların doğurabileceği ortalama çocuk sayısını” ifade eden *doğurganlık hızı* (TUIK, 2018) düşükse o ülkede ileriki dönemlerde, aktif nüfusta düşüş yaşanmakta bu da ekonomik büyüme potansiyelini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle analık, babalık izinlerine ya da çocuklar için yardımlara yönelik yapılacak olan düzenleme çalışmalarında doğurganlık hızının göz önüne alınması gerekmektedir.

Öte yandan sanayileşme süreciyle birlikte, değişen aile yapıları da sosyal güvenlik sistemlerini etkilemektedir. Aile yapılarının kalabalık, geleneksel aile yapılarından çekirdek aileye ve tek ebeveynli küçük ailelere dönüşmesi ile aile üzerinden sağlanan özellikle yaşlılara ve/veya engelli bireylere yönelik koruma anlayışında değişiklik yapılması zorunluluk haline gelmektedir (Gökbayrak, 2010:46).

Küreselleşme ile birlikte uluslararası platformda da en çok tartışılan konulardan biri göç olgusudur (Julien, 2016). Gerek ülke içine yönelen iç göç hareketleri, gerekse ülkeden diğer ülkelere yönelik uluslararası göç hareketleri, demografik yapıya etki etmektedir. Öte yandan bu olgu, sosyal güvenlik sistemlerinde de gidilen ülkelerdeki vatandaşların haklarının savunulmasına, ülkeye gelen nüfusun sosyal güvenlik haklarına sahip olmasına yönelik düzenlemeler yapılmasını gerektirmektedir (Alper vd, 2012:32).

İşgücü yapısında ve sosyal yapıda meydana gelen değişiklikler demografik yapıda meydana getirdikleri değişiklikler üzerinden de sosyal güvenlik sistemlerini etkilemektedirler (Alper, vd. 2012:31). Dezavantajlı grupların fazlalığı ve işsizlik oranlarının yüksekliği durumlarında bu kişilerin işe alınması için verilebilecek sosyal güvenlik teşvikleri işgücü piyasasına önemli katkılar sağlayabilmektedir.

Demografinin önemli olduğu bir diğer sosyal güvenlik alanı ise yaşlılara yönelik yapılan düzenlemelerdir. Yaşlılık aylığına hak kazanma koşullarının ya da sunulacak sağlık hizmetlerinin niteliğinin ve kapsamının belirlenmesinde doğurganlık hızı, “bir

yıldaki ölüm miktarının, toplam yıl ortası nüfusa bölünmesi ile bulunan” ölüm hızı ve özellikle “Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı olan doğumda yaşam beklentisi (TUİK,2118), önemli göstergelerdir. Günümüzde tartışılan ve giderek tüm ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerini etkileyen toplumun yaşlanması süreci sistemlerde parametrik ve paradigmatik reform arayışlarını beraberinde getirmektedir (Gökbayrak, 2010:45).

Bununla birlikte, demografi, sosyal güvenlik alanında sadece politika belirlerken değil aynı zamanda uygulamada sosyal güvenliğin finansmanı açısından da önem taşımaktadır. Dünyada uygulanan sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanı, Beveridge ve Bismark Modellerine dayanmaktadır. II. Dünya Savaşı sonrası dönemde İngiltere’de ortaya çıkan Beveridge modeli, sosyal güvenliği vatandaş olmaktan dolayı bir hak olarak gören ve vergilerle finanse edilmesini savunan primsiz sistem olarak da adlandırılan modeldir. 19. Yüzyılın sonlarının Almanya’sında ortaya çıkan Bismark Modelinde ise sosyal güvenliğin kişisel sorumluluk ilkesine dayandığından hareketle esas finansman aracı sistemden yararlanan kişilerin sisteme yaptıkları katkılar olan primlerdir. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi ise her ne kadar primsiz sistem olarak adlandırılan ve vergilerle finansmanın sağlandığı uygulamalar olsa da esas olarak Bismark’ın sosyal sigortacılık anlayışına dayalı olarak primlerle finansman ilkesini benimsemiştir.¹ Primlerle finansmanın sağlandığı durumlarda çalışma çağındaki nüfus büyük önem taşımaktadır. Çalışma çağındaki nüfusun fazlalığı, çalışma esasına dayalı sosyal güvenlik sistemlerinde prim gelirlerinin artmasını sağlamaktadır.

¹ 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun 3 üncü maddesinde Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmek olarak tanımlanmıştır.

Bununla birlikte, sosyal güvenliğin finansmanının yanı sıra finansman yöntemlerinden hangisinin uygulandığına göre de demografinin sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki etkisi değişebilmektedir. Sosyal güvenlik sisteminde gelir ve giderlerin arasındaki işlem dengesinin sağlanmasında kapitalizasyon (fon biriktirme) yöntemi ve dağıtım (pay as you go) yöntemi adında iki finansman yöntemi bulunmaktadır (Okur vd, 2009:74).

Bireysel ve toplu fon biriktirme yöntemi olmak üzere ikiye ayrılan kapitalizasyon yöntemi; an itibarıyla çalışan, geliri olan ve prim ödeyen kuşağın geleceğinin garanti altına alınması ilkesi üzerine kurulmuştur (Arıcı ve Alper, 2013:141). Bireysel fon biriktirme yönteminde her sigortalı adına bir hesap açılmakta, işverenin ve kendisinin ödediği primler bu hesapta toplanarak çeşitli yatırım araçlarında değerlendirilmektedir. Sigortalıya ileride yapılacak ödemeler, bu biriken paralardan karşılanmaktadır. Toplu fon biriktirme yönteminde ise toplanan primler, ortak bir fonda yatırım araçlarında değerlendirilerek aynı kuşak içinde yer alan sigortalılara yönelik yapılacak olan ödemelerde kullanılmaktadır. Genellikle fon biriktirme yöntemi seçildiğinde, tanımlanmış katkı (defined contribution) esas denilen emeklilikte yapılacak ödemelerin miktarının önceden belirlenmediği, ödenecek tutarın sistemde yer alan sigortalının ödedikleri primlerin oranı ya da tutarı olduğu yöntem kullanılmaktadır. Bireysel fon biriktirme yöntemi, sosyal güvenliğin dayanışma ve gelirin yeniden dağılımı fonksiyonuna zarar verdiği düşüncesiyle kamusal sosyal güvenlik sistemlerince çoğunlukla kullanılmamaktadır (Talas, 1997; Okur, vd Caniklioğlu, 2009; Gökbayrak, 2010).

Dağıtım yöntemi ise bir yıl için toplanan gelirlerin o yıl için yapılacak yönetim giderleri dahil olmak üzere aylık ödemeleri, sağlık harcamaları gibi giderlerin karşılanması yöntemidir. Bu yöntemde emeklilikte yapılacak ödemelerin miktarının belirli olduğu tanımlanmış fayda (defined benefit) esas daha çok tercih edilmektedir.

Dağıtım yöntemi, kuşaklararası dayanışma esasına dayanmaktadır. Kamusal sosyal güvenlik sistemlerinin pek çoğunda bu yöntem kullanılmaktadır (Talas; 1997; Okur, vd,2009; Gökbayrak, 2010).

Sosyal güvenlik sisteminde, finansman yöntemi olarak fon yönteminin seçilmesi halinde, her kuşak kendi sosyal güvenliğini karşıladığı için daha önceki kuşaklardan kaynaklı olarak ortaya çıkabilecek finansman yükünden etkilenmez. Dağıtım yönteminin seçilmesi durumunda ise sigortalılar bir önceki kuşağa yapılacak olan yardımları ve harcamaları karşılamak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle genç kuşağın ödemek zorunda kalacağı prim miktarı ve karşılık oranı artabilmektedir. Nüfusun giderek yaşlandığı, doğum oranının azaldığı ve doğumda yaşam beklentisinin arttığı ülkelerde gerek uzun vadeli sigorta kollarından yapılan/yapılabilecek ödemelerin gerekse sağlık harcamalarının artması nedeniyle çalışan sigortalılar, sosyal güvenlik giderlerini karşılamak için daha çok prim ve katkı payı ödemek zorunda kalabilmektedirler. Türkiye’de bireysel emeklilik sistemi bireysel fon yöntemini, kamu emeklilik sistemi ise dayanışma ve gelir dağılımını düzeltici fonksiyonları nedeniyle dağıtım yöntemini kullanmaktadır.

Demografi ve sosyal güvenlik ilişkisini ele alırken demografinin sosyal güvenliğe etkisinin yanı sıra sosyal güvenlik sistemlerinin demografiye etkisinden de bahsetmek gerekir. Sağlık sistemine erişimin kolaylaşması, kamunun finanse ettiği sağlık hizmetlerinin artması, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ortalama yaşam süresini olumlu yönde etkilemektedir (Okur, vd, 2009:63). Doğum oranları da ülkedeki sağlık sisteminden, analık sigortasından etkilenmektedir. Bununla birlikte doğumu özendirici politikaların uygulanması da ülkedeki doğurganlık hızını artırabilmektedir.

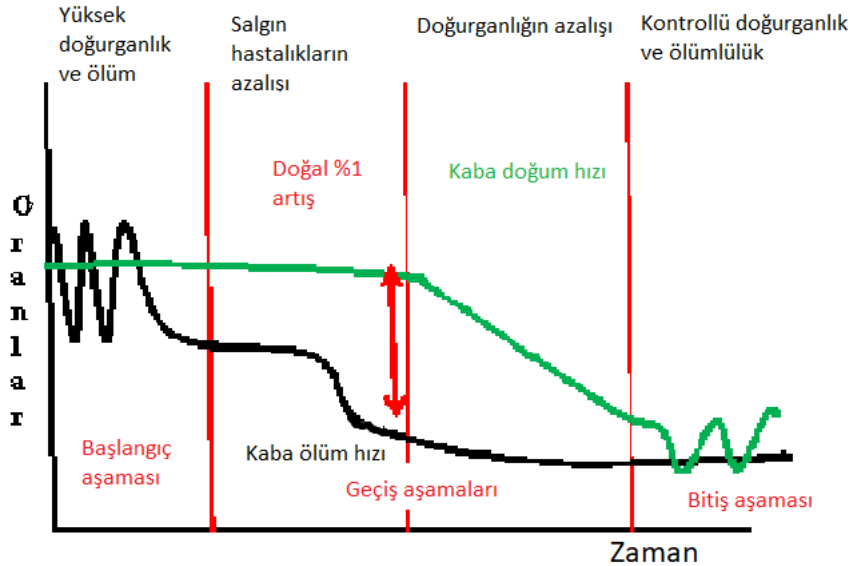
1.2. Demografik Dönüşüm ve Yaşlanma

1.2.1. Demografik Dönüşüm, Demografik Fırsat Penceresi

Demografik dönüşüm kuramı, modernite ile birlikte değerlendirilen, yüksek doğurganlık ve ölümlülük hızlarının hüküm sürdüğü bir durumdan ölüm hızlarının düştüğü ve doğumların bilinçli olarak kontrol edildiği yeni bir duruma geçişi öngören bir kuramdır (Yüceşahin, 2011:12). Warren Thompson (1929) ve Adolphe Landry (1934) tarafından ayrı ayrı ele alınan ve geliştirilmeye başlanan kuram, Frank Notestein (1953) tarafından daha sistematik hale getirilmiştir. Avrupa ülkelerinin doğum ve ölüm hızlarının izlenmesi ile geliştirilen kuramın üç, dört ve beş aşamaya ayrıldığı çalışmalar bulunmakla birlikte kuramın esası dört aşamadan oluşmaktadır (Yüceşahin, 2011; Hoşgör ve Tansel, 2010).

Demografik dönüşümü, Grafik 1'deki gibi aşamalara ayırmak mümkündür (Yüceşahin, 2011; Hoşgör ve Tansel, 2010).

Grafik 1: Demografik Dönüşüm Aşamaları



Kaynak: Yüceşahin, 2011:11.

Bu aşamalar; başlangıç, iki geçiş aşaması ve bitiş aşamalarından oluşmaktadır (Yüceşahin, 2011:11).

- **Başlangıç aşaması/1. aşama:** Bu aşama endüstrileşme öncesi dönem olarak da nitelendirilebilen sağlık ve eğitim hizmetlerinin yok denecek kadar az, doğum ve ölüm hızlarının salgın hastalıklar ve savaşlar nedeniyle yüksek olduğu ve yıldan yıla dalgalanmalar gösterdiği bir dönemdir. Günümüzde daha çok insan gücüne dayalı toplumları temsil eden bu yapıda, teknolojinin gelişimi ve kullanımı düşük düzeylerde gerçekleşmektedir. Bu evrede ölümlerin büyük bölümü yaşamın ilk 5 yılında arasında gerçekleşmektedir.

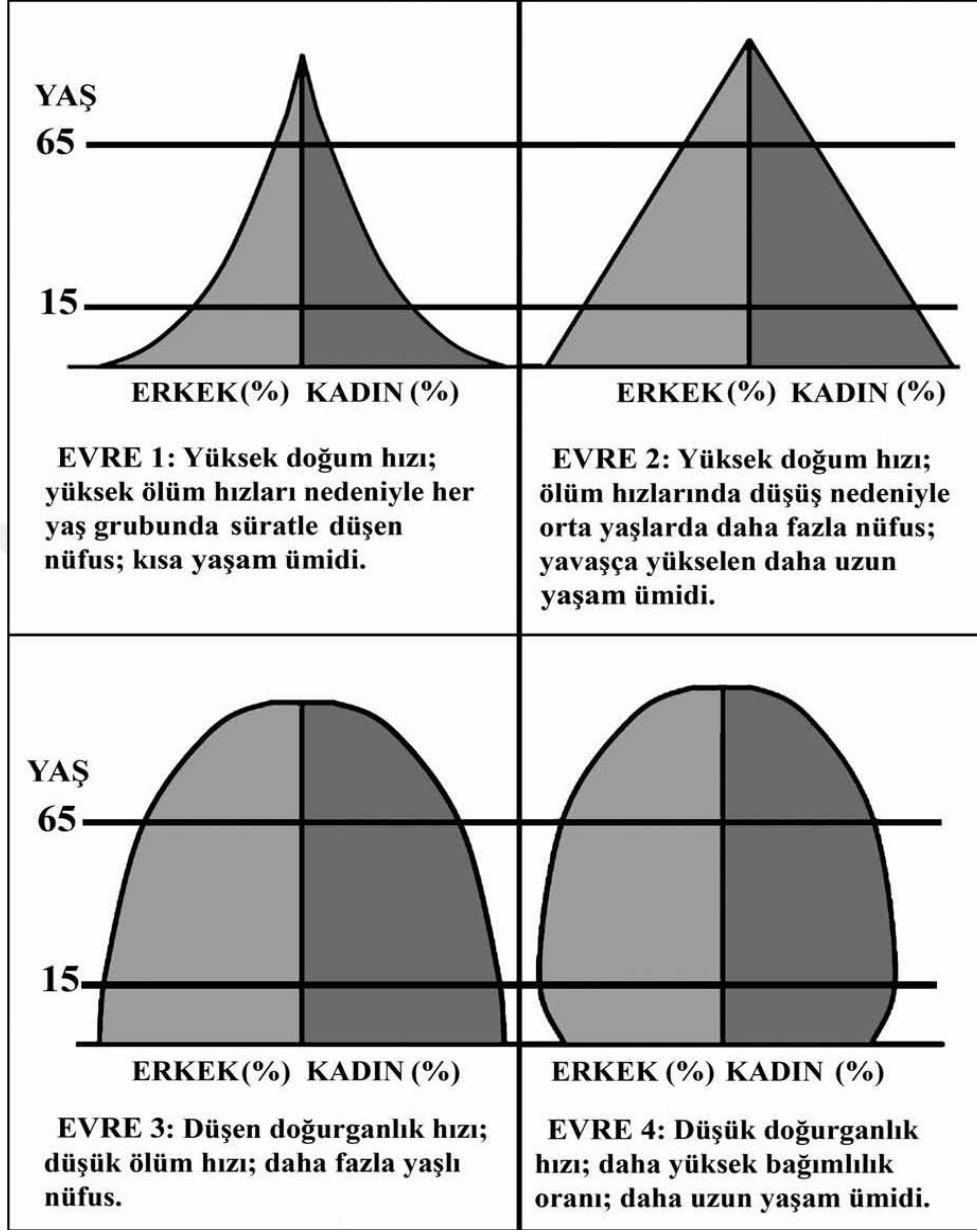
- **Birinci geçiş aşaması/2. aşama:** Birinci geçiş aşaması, ekonominin büyüdüğü ve teknolojinin geliştiği, sağlık hizmetlerinin iyileşmeye başladığı dolayısıyla ölüm hızının azaldığı dönem olarak görülmektedir. Nüfusun büyümesi %1'den daha düşüktür. Avrupa'da sanayileşmenin başlamadığı 18.yy. bu döneme örnek gösterilebilir.

- **İkinci geçiş aşaması/3. aşama:** Toplumsal yapının değişmesi, kentlerde yaşayan nüfusun artış göstermesi ile birlikte, kadınların işgücüne katılımının artması, değişen aile yapılarının etkisi ile doğum oranındaki azalışlar bu aşamada görülmeye başlanmaktadır. Bu dönemde nüfus artış hızı, genel olarak %2 ila %4 arasında seyretmektedir. Eğer kalkınma sağlanıyorsa eğitim olanaklarının arttığı bu dönemde, kentsel yaşamda doğum kontrol yöntemleri gelişmeye başlamıştır.

- **Bitiş aşaması/4. Aşama:** Bu aşamada ise doğum ve ölüm hızlarının ikisi de düşük düzeylerde olduğundan nüfus yüksek ve durağan düzeyde gerçekleşmektedir. Bu aşamada doğal nüfus artış hızı %1'ler civarında veya daha az görülmektedir.

Demografik dönüşümün aşamalarına ait nüfus piramitleri aşağıdaki gibi gösterilebilir.

Grafik 2: Demografik Dönüşüme Ait Nüfus Piramitleri



Kaynak: Warren S. Thompson'dan aktaran Hoşgör ve Tansel, 2010:54.

Grafik 2'den de anlaşılacağı üzere dördüncü evrede ortalama yaşam süresi diğer evrelere göre daha uzun olarak görülmektedir. Bu nedenle bu dönemde toplam nüfustaki yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır.

Birincil ya da "klasik" olarak da adlandırılan demografik dönüşüm teorisinden Ron Lesthaeghe ve Dirk van de Kaa tarafından 1986 yılında türetilen ikinci demografik dönüşüm teorisi, ülkelerde benzer süreçlerin aynı dengelerde yaşanmayabileceğini,

demografik dönüşümü etkileyen faktörlerde makro ekonomik etmenler dışında başka faktörlerin de etkili olabileceğini savunmaktadır (Akt. Lestaeghe, 2014). İkinci demografik dönüşüm teorisi; 20.yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan doğum oranlarındaki değişimleri sadece sanayileşme, kentleşme ile değil, aile yapılarında meydana gelen değişimler, çocuk sahibi olmak ile evlilik arasındaki bağın kopması, doğurganlık davranışları, göçün etkisiyle çok kültürlü toplumların oluşmasının etkisini de göz önünde tutarak açıklamaya çalışarak, kültürel ve sosyal dönüşümlere odaklanmaktadır (Önder Erol, 2018:875).

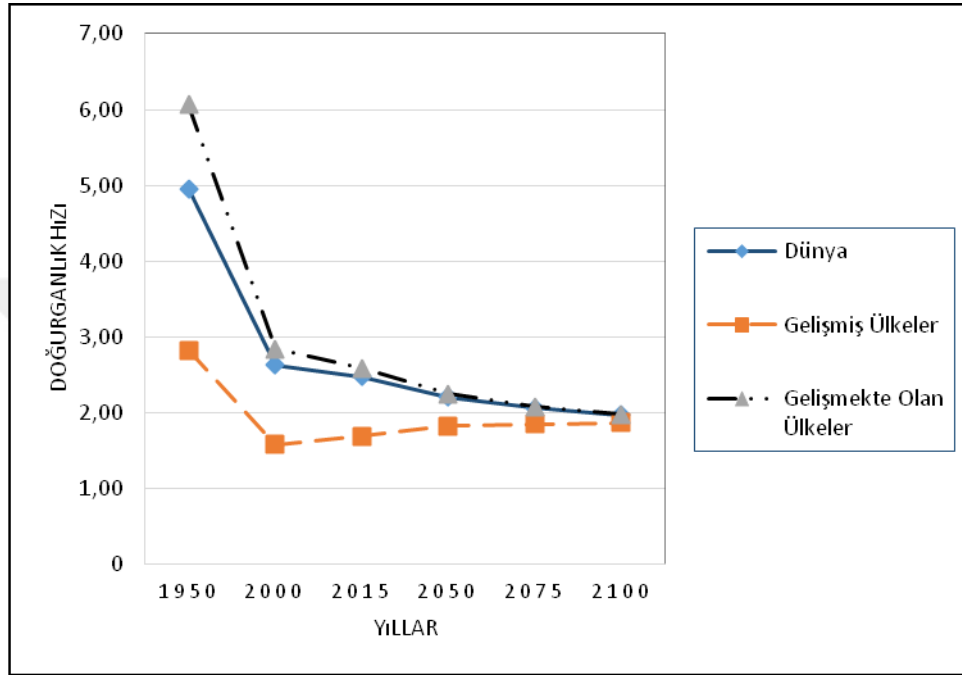
Nüfus biliminde 0-14 yaş arası nüfus “genç nüfus”, 15-64 yaş grubundaki nüfus “üretken nüfus” ve 65+ yaş grubundaki nüfus “yaşlı nüfus” olarak nitelendirilmektedir (TUİK, 2018). İlk kez 1994 yılında Barlow tarafından tanımlanan demografik fırsat penceresi ise herhangi bir ülke için çalışabilecek çağdaki nüfus olarak da adlandırılabilen üretken nüfusun bağımlı nüfustan (0-15 yaş arasındaki nüfus ile 65 yaş üstü nüfus) yüksek olduğu durumdur (Köksel, 2016:2014).

Nüfusun yaşlanması ve bağımlılık oranı artışından kaynaklanan olumsuz gelişmelerin en az olduğu demografik fırsat penceresi dönemi, nüfusun üretken gücünün en yüksek olduğu dönemdir. Bir ülkenin nüfusu ve nüfus yapısı o ülkenin ulusal gelişmişlik düzeyini de etkilemektedir (Cincotta ve Robert, 1997:2). Çalışma çağındaki nüfusun yüksekliği, ülkedeki işgücü arzını artıracığından istihdamı artırarak ekonomik büyümeye katkı sağlar. Ancak bu dönemlerden sonra nüfusun büyük bir kısmının gittikçe yaşlandığı ve ülkedeki bağımlı nüfusun arttığı dönem ise demografik dönüşümün yaşlanma aşamasını ifade etmektedir.

Ülkelerin demografik geçişleri birbirleri ile farklılık göstermekte ve bu geçiş süreçlerinin özellikleri ülkenin kendine özgü sosyal, kültürel, ekonomik ve politik tarihlerinden etkilenmektedir. Avrupa’da ve Orta Asya’da pek çok ülkede ölüm hızının doğum hızını geçmiş olduğu görülse de Afrika’da Kenya, Gana gibi ülkelerde doğum

hızının yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010). Bu nedenle demografik dönüşüm süreci her ülkeye ve coğrafyaya göre ayrı ayrı irdelenmelidir.² Ancak dünya genelini değerlendirdiğimiz zaman Birleşmiş Milletler (BM) verileri de demografik dönüşüm kuramını destekler niteliktedir.

Grafik 3: Dünya Genelinde Doğurganlık Hızları



Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

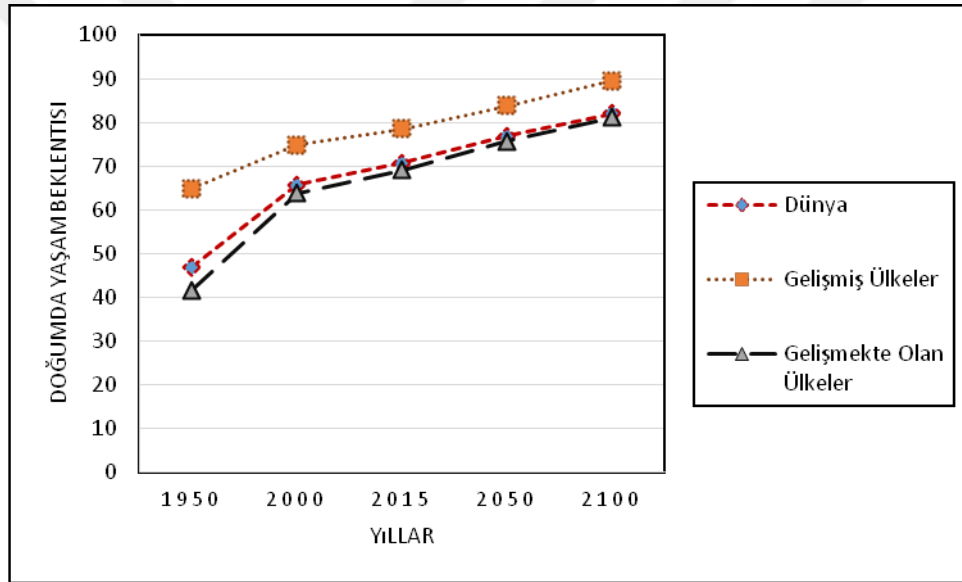
Grafik 3, Dünya genelinde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadın başına düşen canlı toplam doğurganlık hızını göstermektedir. Grafiğe göre 1950’lerde %5 düzeyinde olan toplam doğurganlık hızı, 2000’lerde 2,7 ye, 2015’de 2,5’e düşmüştür. Yapılan projeksiyona göre, bu oranının 2050’lerde 2,3’e 2100 yıllarında ise 2,00’ye düşmesi beklenmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise 1950’lerde 2,8 olan toplam doğurganlık hızı 2000’lerde 1,6’ya, 2015’de 2,5’e düşmüştür. Gelişmiş ülkelerde doğumu özendirici politikalarla 2050’de bu oranın 1,82’ye 2100’lerde ise yaklaşık 2,0’ye çıkması

² Konuyla ilgili ayrıntılı çalışma için bakınız: YÜCEŞAHİN, M. Murat, “Türkiye’nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım”, COĞRAFİ BİLİMLER DERGİSİ, 2011, Sayı 9(1):12.

beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde toplam doğurganlık hızındaki düşüş daha belirgindir. 1950’lerde 6 olan toplam doğurganlık hızı, 2015 yılında 2,59’a gerilemiştir. Gelişmekte olan ülkelerde dünya ortalamasına yakın olarak 2100’lerde 2’lere gerileyeceği öngörülmektedir (BM, 2017).

Bununla birlikte gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkelerdeki doğurganlık hızları arasındaki fark 1950’lerde 3,24 iken 2000’lerde 1,26’ya düşmüştür. 2015’lerde 1’in altına düşen bu oranın 2100’lerde 0,11’lere kadar düşmesi beklenmektedir (BM, 2017).

Grafik 4: Dünya Geneline Doğumda Yaşam Beklentisi



Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

Grafik 4 doğumda beklenen yaşam süresini göstermektedir. 1950’lerde doğumda yaşam beklentisi dünya genelinde 47 yaş iken 2000’li yıllarda 67’ye yükselmiştir. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre bu oran 2050’de 73’e 2100’de 83 yaşa çıkacaktır. Gelişmiş ülkelerde ise 1950’lerde 65 yaş olan doğumda yaşam beklentisinin 2050’lerde 84’e 2100’lerde ise 90 yaşa ulaşması beklenmektedir.

Grafik 4’de görüldüğü üzere hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde doğumda yaşam beklentisi artmaktadır. 1950’lerde gelişmiş ülkelerde 65 yaş

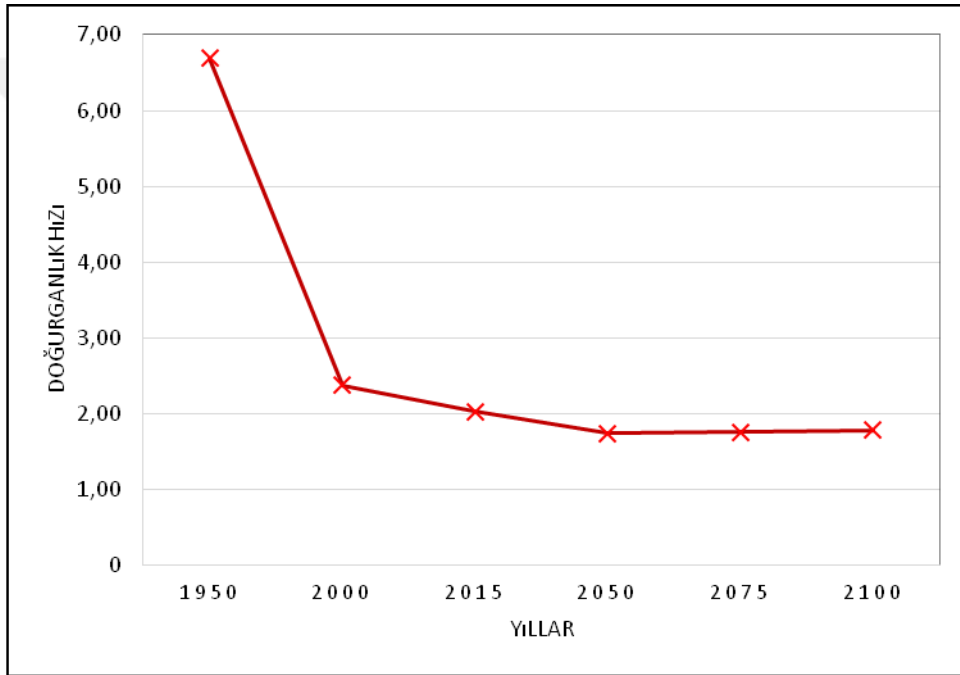
olan doğumda yaşam beklentisi 2000'de 75 yaşına çıkmış, tahminlere göre bu beklentinin 2050'de 84 yaşa ulaşması ve 2100'de 89 yaşa çıkması beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise doğumda yaşam beklentisi 1950 yılında 42 yaş iken 2000 yılında hızlı bir artışla 64 yaşına ulaşmıştır. Sırasıyla 2050 ve 2100 yıllarında doğumda yaşam beklentisinin gelişmekte olan ülkelerde 76 ve 81 yaşa kadar çıkması beklenmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasındaki doğumda yaşam beklentisi arasındaki fark zaman geçtikçe azalmaktadır. 1950'de gelişmiş ülkelerdeki doğumda yaşam beklentisi ile gelişmekte olan ülkelerdeki doğumda yaşam beklentisi arasındaki fark 23 yaş iken 2000 yılında 11'e düşmüştür. Yapılan tahminlere göre bu farkın 2050 ve 2100 yıllarında 8 yaşa kadar gerilemesi beklenmektedir.

Her iki grafik incelendiğinde genel olarak dünya genelinde hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere doğurganlık hızlarının düştüğü, doğumda yaşam beklentisinin arttığı söylenebilir. Bu durumda demografik dönüşüm teorisinin üçüncü evresinin yaşandığı söylenebilir.

Dünya'da görülen durumun benzeri Türkiye'de de görülmektedir. Grafik 5'de de görüldüğü üzere toplam doğurganlık hızı, Türkiye'de 1950'lerde 6,7 iken 2000'lerde hızlı bir düşüş sergileyerek 2,5'a, 2018'de ise nüfusun kendini yenileme hızı olan 2,01'in altına inerek 1,99 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan nüfus projeksiyonuna göre bu oranın 2050'lerde 1,7'ye düşmesi, doğurganlığı destekleyici politikalarla 2100'lerde 1,8'e çıkması beklenmektedir. Türkiye'de dünya genelinde olduğu gibi doğumda yaşam beklentisi de artmaktadır. Yine BM'nin Dünya Nüfus Araştırması 2017 verilerine göre, Grafik 6'da da gösterildiği üzere 1950'lerde 42 yaş olan doğumda yaşam beklentisi Türkiye'de 2000'li yıllarda 70 yaşa, 2015'de 75 yaşına nüfus projeksiyonlarına göre de 2050'lerde 83'e 2100 yılında ise 89 yaşa çıkmaktadır. Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişim eğilimi 1950'lerde gelişmekte olan ülkelere benzerlik gösterse de doğurganlık hızındaki hızlı düşüş ve doğumda yaşam beklentisindeki artışlar göz önüne alındığında

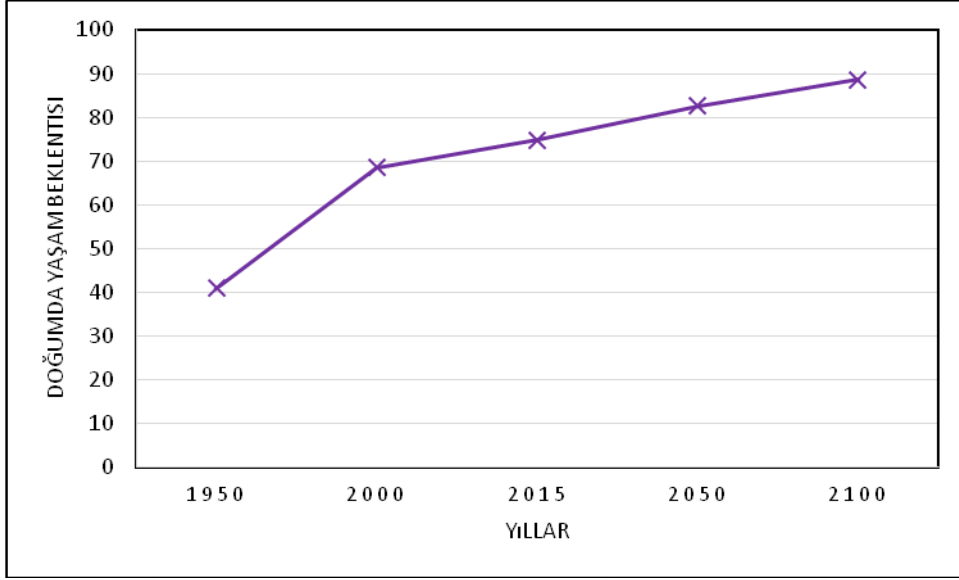
nüfusun yapısı gittikçe 2000’li yıllar ile birlikte gelişmiş ülkelere benzemektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre 2018 yılı itibarıyla Türkiye’de ortalama yaş 32’dir. Demografik dönüşüm teorisi açısından değerlendirdiğimizde Türkiye’nin düşen doğurganlık hızıyla birlikte görece hala yüksek doğurganlık hızı ve artan doğumda yaşam beklentisi ile demografik dönüşüm teorisinin ikinci evresinde olduğu ancak gittikçe üçüncü evreye doğru yaklaştığı söylenebilir. Bu yönüyle Türkiye hala demografik fırsat penceresindedir.

Grafik 5: Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızı



Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

Grafik 6: Türkiye’de Doğumda Yaşam Beklentisi



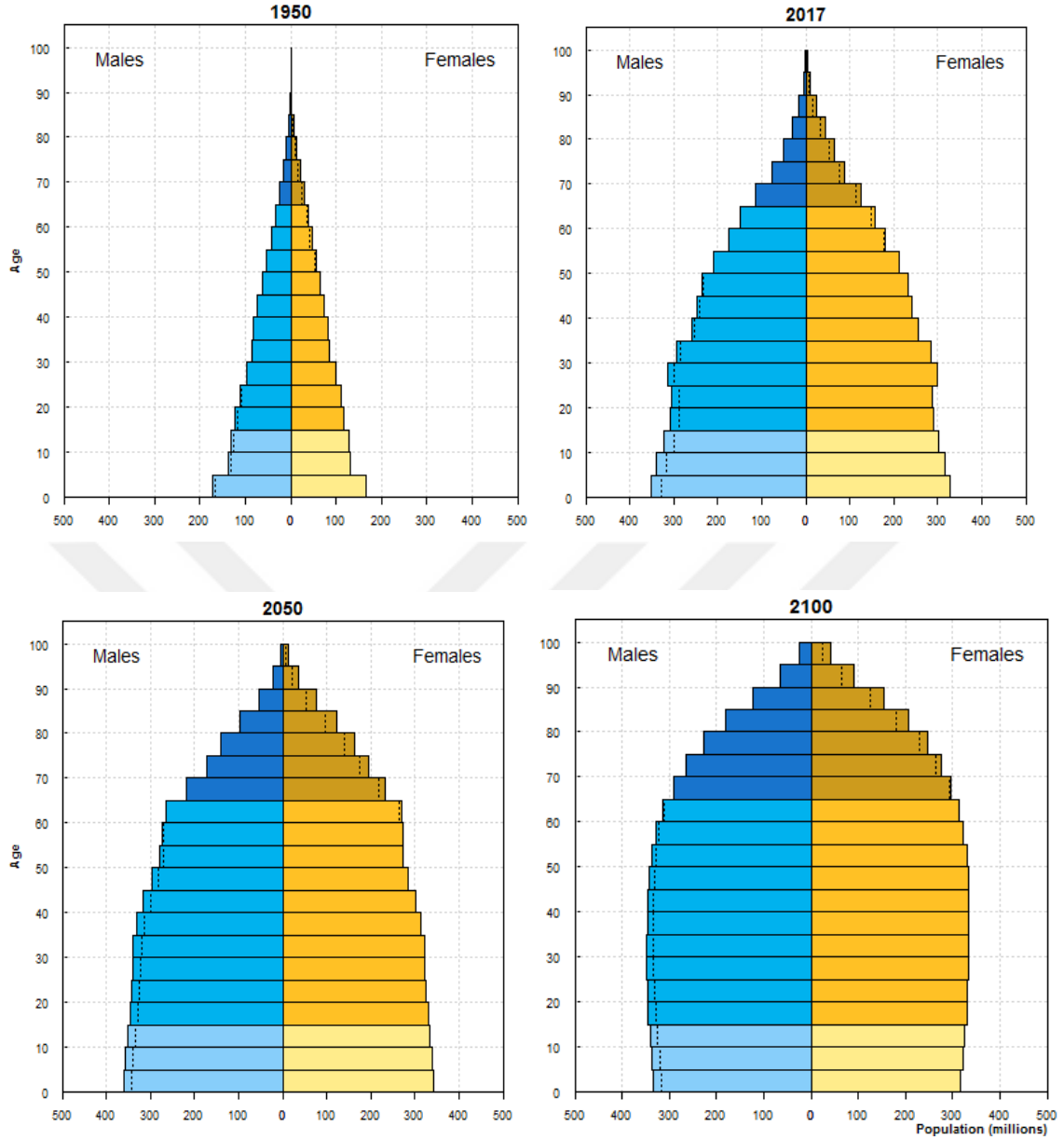
Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

1.2.2. Yaşlanma ve Dünya Nüfusunun Yaşlanması

Yaşlanma kavramı pek çok açıdan değerlendirilmektedir. Biyolojik olarak yaşlılık, insan vücudunda meydana gelen hücresel ve moleküler bozukluklar, yıpranmalar olarak tanımlanabilir. Fiziksel olarak ortaya çıkan bu yıkımlar psikolojik olarak insanları etkilediği gibi, hastalıklara yakalanma riskini artırarak bireyin genel sağlık durumunda bozulmalara yol açmaktadır (WHO, 2015:25). BM, 60 yaşın üstünde tüm bireyleri kronolojik olarak yaşlı olarak tanımlamakta iken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş üstü bireyleri yaşlı olarak kabul etmekte, ancak bunun tüm ülkeleri kapsamadığını da ifade etmektedir (Gürsoy Çuhadar ve Lordoğlu, 2016:66).

Nüfus projeksiyon sonuçlarına göre elde edilen nüfus piramitleri, kuşaklara göre nüfusun, yaş ve cinsiyet yapısındaki değişikliklerinin daha kolay çözümlenmesini sağlamaktadır.

Grafik 7: Küresel Nüfus Piramidi



Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

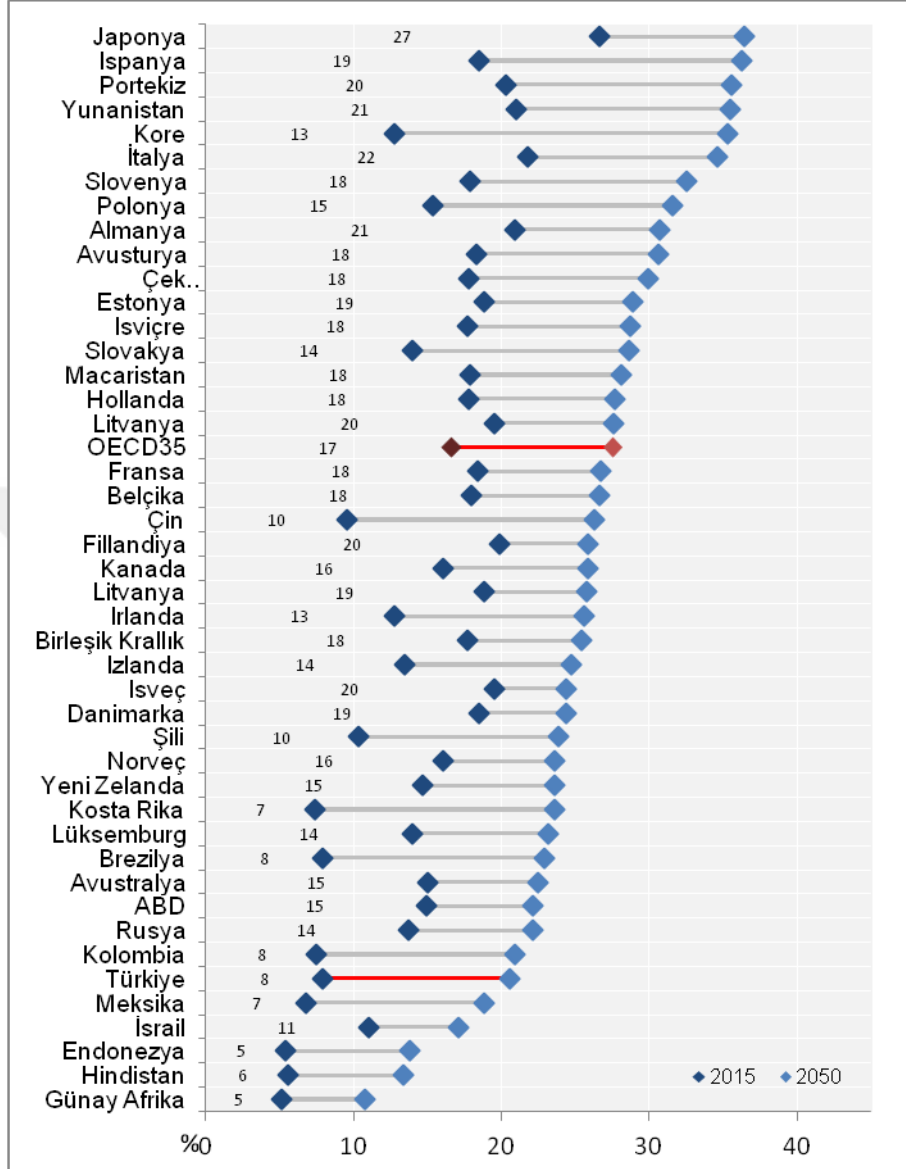
Grafik 7'deki küresel nüfus piramidinden de anlaşılacağı üzere 1950'lerin başında yüksek doğum hızları görünürken, DSÖ'ne göre yaşlı olarak nitelendirilen 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı düşük düzeydedir. Grafiğe göre 2017 yılına gelindiğinde doğurganlık hızının azaldığı, 65 yaş üstü nüfusun giderek arttığı söylenebilir. Yapılan nüfus projeksiyonuna göre 2050 ve 2100 yıllarında doğurganlık hızının giderek düşmesi ve yaşlı nüfusun giderek artması beklenmektedir.

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkelerini incelediğimizde de benzer bir durum söz konusudur. Doğumda yaşam beklentisinin artması, doğurganlık hızının azalması ülkelerdeki yaşlı nüfus oranının artması ile sonuçlanacaktır.

Grafik 8’de OECD’ye üye ülkelerdeki 2015 yılında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı ile yapılan projeksiyonlar sonucu 2050 yılında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı görülmektedir. 2015 yılında OECD’ye üye 35 ülkede her 100 kişiden 17 kişi 65 yaş üstündedir. 2050 de ise her 100 kişiden 28 kişinin 65 yaş ve üzerinde olacağı hesaplanmaktadır. Buna göre OECD’ye üye ülkelerden yaklaşık üçte ikisinin nüfusunun dörtte biri 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşması beklenmektedir. Özellikle Japonya, İspanya, Portekiz, Yunanistan ve Kore’de nüfusun yaklaşık %40’ının 65 yaş ve üzeri olacağı öngörülmüştür. Türkiye’de ise 2015 yılında her 100 kişiden 8’i 65 yaşın üzerinde iken 2050 yılında her 100 kişiden 20,6 sının 65 yaş ve üzerinde olacağı hesaplanmıştır (OECD, 2018:198).

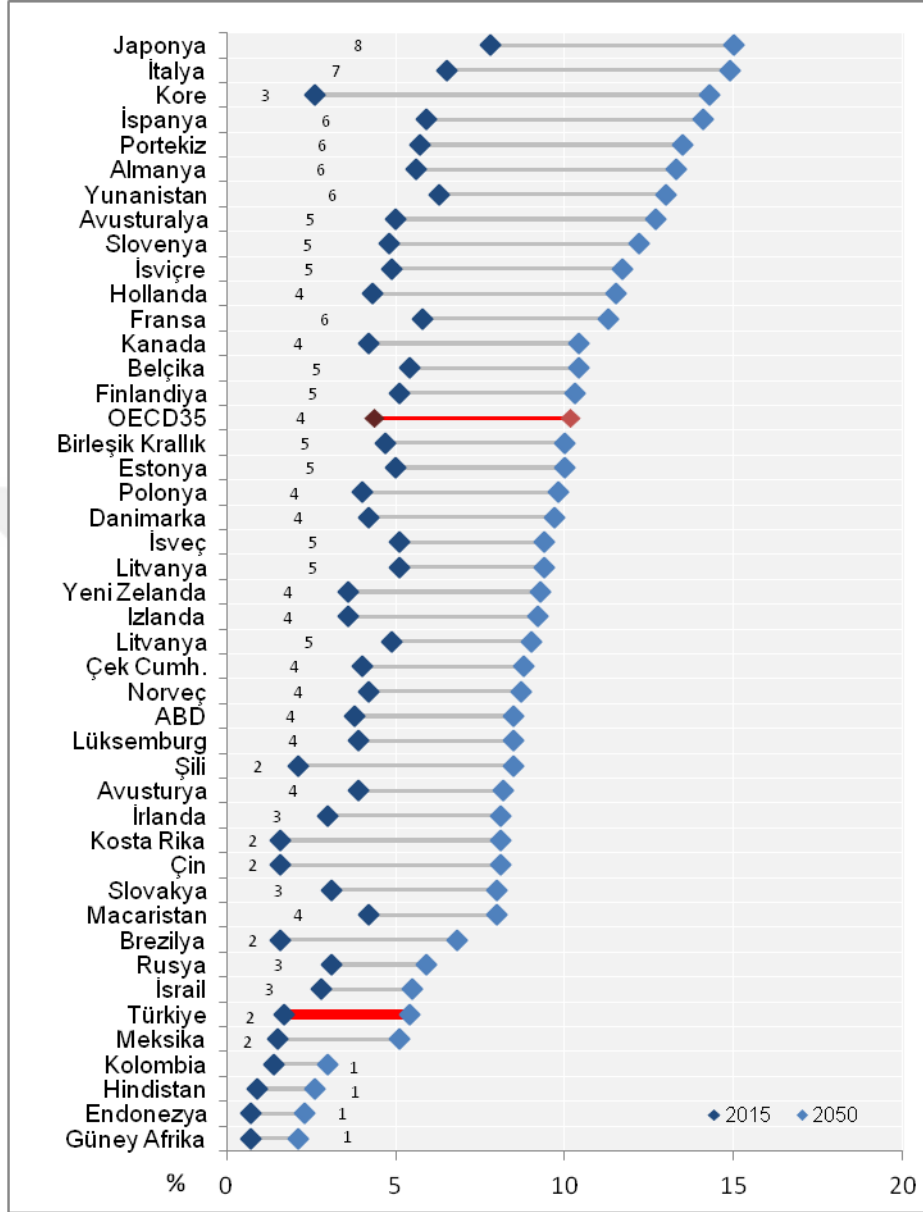
65 yaş ve üzeri nüfusun içerisinde bakıma daha çok ihtiyaç duyan 80 yaş ve üzeri nüfusun OECD ülkelerindeki artışı ise daha yüksek düzeydedir. Grafik 9’dan da anlaşılacağı üzere 2015 yılında OECD genelinde 80 yaş ve üstü nüfus %4,4’ler civarında iken 2050 yılında bu oranın %10’lara ulaşması düşünülmektedir. 2015 ve 2050 yılları arasında İtalya, İspanya Portekiz ve Almanya’daki 80 yaş ve üzeri nüfusun oranın iki katı kadar artacağı hesaplanmıştır. Türkiye’de diğer OECD ülkelerine göre 80 yaş ve üzeri nüfus daha düşük oranda artsa da (yapılan projeksiyonlara göre 2015 yılında 80 yaş ve üzeri nüfus %1,7 iken 2050’de 5,4’e yükselmesi beklenmektedir.) sosyal politikaları belirlerken ve uygularken bu nüfusun dikkate alınacak düzeylere yükseldiği görülmektedir.

Grafik 8: OECD Ülkelerinde 65 Yaş Üstü Nüfusun 2015 Yılındaki Durumu ve 2050 Yılındaki Beklenti



Kaynak: OECD Health Statistics 2017, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

Grafik 9: OECD Ülkelerinde 80 Yaş Üstü Nüfusun 2015 Yılındaki Durumu ve 2050 Yılındaki Beklenti



Kaynak: OECD Health Statistics 2017, OECD Historical Population Data and Projections Database, 2017.

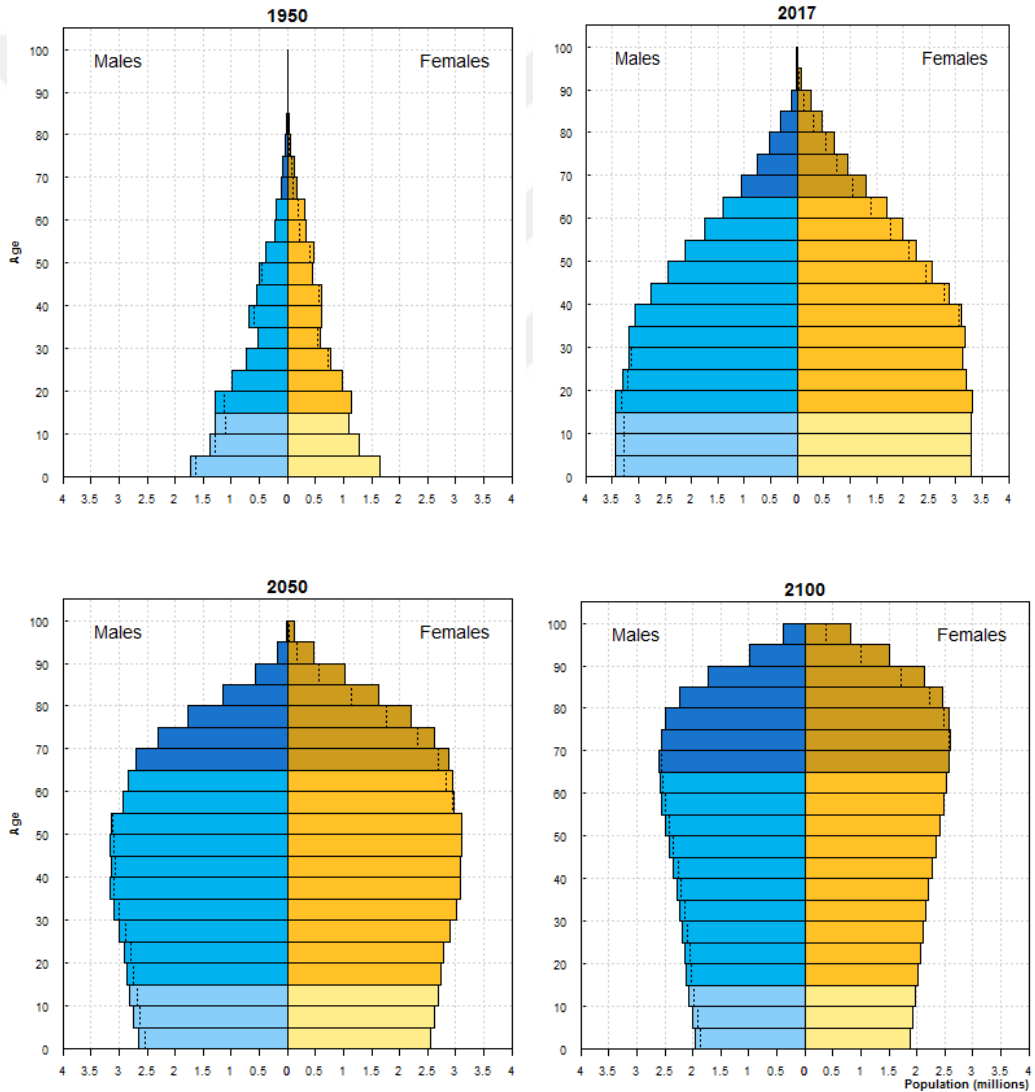
1.2.3. Türkiye’de Nüfusun Yaşlanması

Grafik 10’da Türkiye’nin nüfus piramitleri incelendiğinde de benzer bir durum söz konusudur. 1950’lerin başında 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı oldukça düşük düzeydedir. Hatta 80 yaş üstü nüfus yok denecek kadar azdır. 2017 yılına gelindiğinde ise azalan doğurganlık hızı ve artan 65 yaş üstü nüfus

belirginleşmektedir. Yapılan nüfus projeksiyonlarına göre 2050 yılında 65 yaş üstü nüfus giderek artacak ve 2100 yılında nüfusun büyük bir kısmını yaşlı nüfus oluşturacaktır.

Türkiye'nin demografik göstergeleri incelendiğinde Türkiye'nin nüfusu 2018 itibarıyla 81 milyon 867 bin kişiye ulaşmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan nüfus tahminlerine göre 2018'de binde 12,7 olan nüfus artış hızının 2025'te binde 11'e düşmesi beklenmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

Grafik 10: Türkiye Nüfus Piramitleri



Kaynak: BM Dünya Nüfus Araştırması, 2017.

Tablo 1’de Türkiye’nin 1935 yılında itibaren ve 2080 yılına kadar nüfus projeksiyonlarına göre, nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı ve yaşlı bağımlılık oranına ilişkin veriler bulunmaktadır.

Tablo 1: Yaş Grupları İtibariyle Türkiye Nüfusu

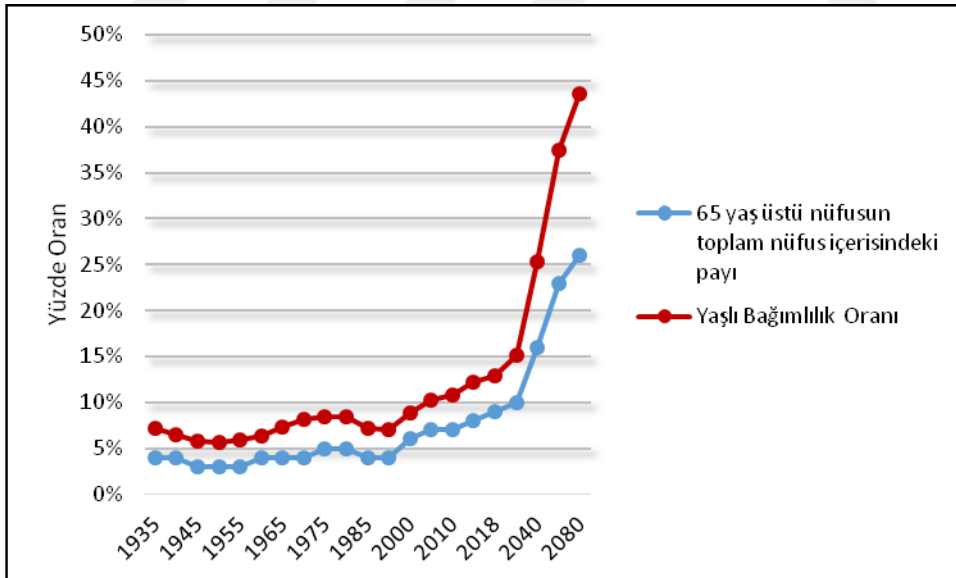
Yıl	Toplam Nüfus (Bin)	Yaş Grupları İtibariyle Nüfus Oranları (%)			Yaşlı bağımlılık oranı (65 + yaş) (%)
		0-14 yaş	15-64 yaş	65 yaş üstü	
1935	16.158	41	54	4	7,14
1940	17.821	42	54	4	6,51
1945	18.790	39	57	3	5,85
1950	20.947	38	58	3	5,66
1955	24.065	39	57	3	5,99
1960	27.755	41	55	4	6,40
1965	31.391	42	54	4	7,33
1970	35.605	42	54	4	8,17
1975	40.348	40	55	5	8,39
1980	44.737	39	56	5	8,45
1985	50.664	38	58	4	7,22
1990	56.473	35	61	4	7,06
2000	64.730	31	68	6	8,83
2005	68.861	27	66	7	10,19
2010	73.723	26	67	7	10,76
2015	78.741	24	68	8	12,17
2018	81.867	23	68	9	12,91
2023	86.907	23	67	10	15,17
2040	100.331	19	64	16	25,34
2060	107.096	17	60	23	37,45
2080	107.101	16	59	26	43,60

Kaynak: TÜİK İnternet sayfası, 2018.

Tablo 1 incelendiğinde 1935 yılından 2000’li yılların başına kadar 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfustaki payı ortalama %4’ler civarında seyretmiş, 65 yaş üstü nüfusun çalışma çağındaki nüfus olarak kabul edilen 15-64 yaş arası nüfusa oranı olan yaşlı bağımlılık oranı da %7-8’ler civarında olmuştur. 2000’li yıllardan sonra ise 65 yaş üstü nüfus giderek artmaktadır. 2018 itibarıyla %9’lar düzeyinde olan 65 yaş üstü nüfusun 2080’lerde %26’lara, yaşlı bağımlılık oranının ise %43’ler düzeyine çıkacağı hesaplanmaktadır. Demografik fırsat penceresinin Türkiye’de 2000’li yıllarda başladığı ve 2038 yılında kapanacağı öngörülmektedir (Ağören, 2015:79).

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı artış eğilimindedir. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payındaki ve yaşlı bağımlılık oranındaki değişimler Grafik 11’de de gösterilmiştir. Grafik 11’den de anlaşılacağı üzere Türkiye toplumu giderek yaşlanmakta ve 2080 yılında her 4 kişiden birinin yaşlı olması beklenmektedir.

Grafik 11: Türkiye’de 65 Yaş Üstü Nüfusun Toplam Nüfus İçerisindeki Payı, Yaşlı Bağımlılık Oranı

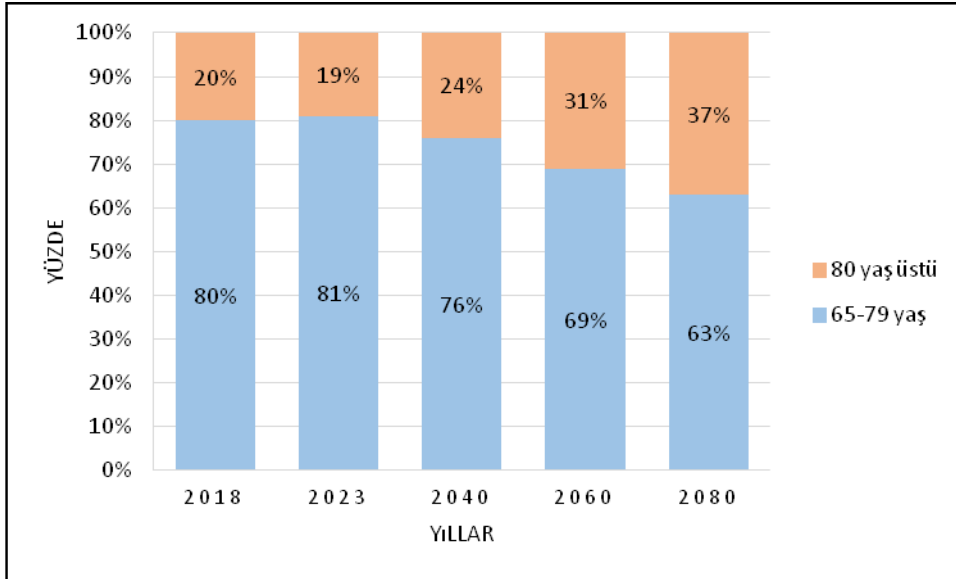


Kaynak: TÜİK İnternet sayfası, 2018.

Nüfus projeksiyonlarına göre 65 yaş üstü nüfusun kendi içerisinde dağılımına baktığımızda, bakıma daha çok muhtaç ve işgücü piyasasında iş bulma olasılığı daha düşük olan 80 yaş üstü nüfusun payının gittikçe arttığı görülmektedir. Tablo 2’de 2018

yılında 65 yaş üstü nüfus içerisinde 80 yaş üstü nüfusun payı %20'lerdedir. 2023 yılında bu oranın %19'a düşeceği öngörülse de bu oranın 2040'da %24'e, 2060'da %31'e 2080 de ise %37'ye çıkacağı varsayılmaktadır.

Grafik 12: Yaş Grupları İtibariyle Türkiye'de 65 Yaş Üstü Nüfusun Oranı



Kaynak: TÜİK İnternet sayfası, 2018.

Nüfusun yapısında meydana gelen bu değişim beraberinde bu kişilere bakım sorununu da gündeme getirmektedir.

1.3. Nüfusun Yaşlanması Sosyal Güvenlik Sistemlerine Etkileri

Nüfusun yaşlanması ve demografik dönüşüm sosyal güvenlik alanını da hem finansal sürdürülebilirlik, sağlık sistemleri, sosyal güvenlik politikalarının uygulanabilirliği gibi pek çok açıdan etkilemektedir. Bu bölümde nüfusun yaşlanmasının finansal açıdan sosyal güvenlik sistemlerine etkisi ile sosyal bir risk olarak bakım sorunu tartışılacaktır.

1.3.1. Nüfusun Yaşlanması Finansal Açıdan Sosyal Güvenlik Sistemlerine Etkisi

Nüfusun yaşlanması sosyal güvenlik sistemleri üzerine etkisi ile ilgili 1994 yılında Dünya Bankası tarafından "Averting The Old Age Crisis" adlı rapor

yayımlanmış, raporda 20. ve 21. yüzyıllarda sosyal güvenlik ile ilgili reformların demografik yapının değişimlerine cevap verebilecek şekilde düzenlenmesi gerektiği üzerinde durulmuştur (Alper, vd, 2012:23). 2000’li yıllarda ise toplumların gittikçe yaşlanması ile birlikte sosyal güvenlik sisteminde reform önerileri hız kazanmıştır.

Ayrıca Uluslararası Sosyal Güvenlik Örgütü’nün (ISSA) 2016 yılında yayımladığı “Sosyal Güvenliği Etkileyen 10 Küresel Zorluk” yayımında, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği ve yapısı açısından tehlike arz eden gelişmelerden birisinin yaşlanma olduğunu belirtmiştir. Raporda, dünyadaki demografik eğilimlerin sosyal güvenlik gelirlerini etkilediği, harcamaları ve sağlıklı bakım ihtiyacını artırdığı belirtilmektedir (ISSA, 2016:17).

Sosyal güvenlik kurumları, sosyal güvenlik hakkının yerine getirilebilmesi için yapılan harcamaları karşılayacak sürekli, yeterli ve düzenli gelire ihtiyaç duyarlar (Talas, 1997; Arıcı, 1999; Alper, vd, 2012). Sosyal güvenlik sisteminin en önemli gelir kaynağı ise sigortalılardan topladığı primlerdir. Toplanan primlerin nasıl değerlendirildiği sosyal güvenlik sisteminin finansmanı açısından, finansman yöntemlerinden hangisinin uygulandığı ise sistemin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bilindiği üzere dünyada birinci basamak olarak da adlandırılan pek çok kamu sosyal güvenlik sistemi, dağıtım sistemini (pay as you go) kullanmakta, aktif olarak prim ödeyen çalışan kişiler pasif olarak nitelendirilen yani emekli aylığı alanları (pasifleri) finanse etmektedir. Ayrıca sistemin devamlılığı çalışan ve sigortalı olan kişi sayısının emekli aylığı almakta olan kişi sayısından fazla olması genelde de aktif/pasif oranının 4 olması gerektiği üzerine kuruludur. Yani her yıl 4 çalışandan toplanan primler bir emekliyi finanse etmelidir. Her ne kadar bu oranın mutlak olduğu ve doğrulanması zor olsa da aktif/pasif oranı sosyal güvenliğin finansmanının sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Toplumların yaşlanması ile beraber emekli aylığı alan kişi sayısı (pasif oranı) artacak ve çalışabilecek çağdaki nüfusun (aktif oranının)

azalması ile bu kişilere ödenen yaşlılık aylığı, malullük aylığı, ölüm aylığı da dahil olmak üzere her türlü aylığın finansmanı zorlaşacaktır.

Yaşlanmanın sosyal güvenlik sistemlerinde yarattığı bir diğer sorun ise, sağlık alanında ortaya çıkmaktadır. Yaşlanan bireyler, genç bireylere göre daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklar daha fazla görülmektedir.³

Bu hastalıkların tanısı ve tedavisinde kullanılan ilaçlar, teknolojiler sosyal güvenlik sistemleri için yüksek maliyetlere sebep olmaktadır. Özellikle Alzheimer, parkinson gibi hastalıklarda bir süre sonra kurumsal bakım gerekmektedir. Ayrıca yaşlılıkta hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkacak maluliyet riski de sisteme ilave bir maliyet getirmektedir. Yaşlılara yönelik sağlık harcamalarının artması, sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanını önemli ölçüde zora sokmaktadır.

1.3.2. Yeni Bir Sosyal Risk Olarak Bakım Sorunu ve Yaşlanma

Sosyal politikanın bir ürünü olan sosyal güvenlik, değişen toplum ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamaya yönelik yeni politika ve uygulamalar ortaya koyabilmelidir. Ayrıca sosyal devletin temel görevlerinden biri de toplumdaki bireylerin kaliteli, sağlıklı başkalarına gerek maddi gerek manevi olarak muhtaç olmadan yaşayabilmelerini sağlamaktır.

Yeni bir sosyal risk olarak karşımıza çıkan yaşlanma durumunda, kişilerin sağlıkları bozulmakta, engellilik durumları gelişmekte ve bakıma muhtaçlık durumları

³ Yaşlılarda görülen başlıca kronik hastalıklar şunlardır: Kalp hastalıkları, kanser, osteoporoz (kemik erimesi), hipertansiyon, diyabet (şeker hastalığı), ruhsal sorunlar (depresyon), demans (bunama), Alzheimer, svo (felç), parkinson, idrar tutmada zorlanma, görme ve işitme bozuklukları, malnutrisyon (yetersiz beslenme), bası yaraları, uyku bozuklukları, osteoartroz (eklem kireçlenmesi, kıkırdak harabiyeti) (Bilir, 2006:3)

artmaktadır. Yaşlılıkta bireylerin kendilerini olası hastalıklardan, engellilik durumlarından korumaları, sağlıklı ve başka birine muhtaç olmadan hayatlarını sürdürmeye devam edebilmeleri ve hareket kabiliyetlerini yitirmemeleri önemlidir. Ancak istenilen ve aktif yaşlanma programlarıyla da desteklenen bu iyi olma hali, her zaman sağlanamayabilmektedir. Sağlıklı yaşam süresi ne yazık ki doğumda beklenen yaşam süresi kadar yüksek değildir. Yapılan bir araştırmaya göre 65 yaş üstü nüfusun %51'inin sağlık problemlerinden dolayı günlük aktivitelerini tek başlarına yapamadığı tespit edilmiştir (OECD, 2018:202). Bu kişiler, gelişen engellilik durumları ile baş edebilmek için ailelerinin ve arkadaşlarının desteklerine ve uzun dönem bakım hizmetine ihtiyaç duymaktadır.

Bakım hizmetinin varlığı ve finansal açıdan sürdürülebilirliği diğer önemli bir konudur. Yaşlılıkta aktif çalışma yaşamının içinde yer alınamaması kişilerin gelirlerinde azalmaya, artan sağlık harcamaları ve bakım ihtiyaçları ise giderlerinde artışa neden olmaktadır. Bu nedenle tüm yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine eşit bir şekilde ulaşabilmelerini sağlamak önem taşımaktadır (DPT, 2007:66).

Bir araştırmaya katılan yaşlı bireylere göre yaşlılık durgunluk dönemi olarak değil, yaşamı değerlendirme ve anlamlar çıkarabilme dönemi olarak görülmektedir. Yaşlı bireyler de geleceğe yönelik pek çok plan yapmakta ve isteklerde bulunmaktadır (Mersin, vd, 2018:151). Kişilerin yaşlılık dönemini daha rahat ve huzurlu geçirebilmeleri toplumun mutluluğu için de önemlidir.

Bununla birlikte değişen aile yapıları da bakım ihtiyacını artırmaktadır. 2017 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADKNS) verilerine göre toplam hane halklarında çekirdek aileden oluşan aile sayısı oranı %66,1, tek kişilik hane halkı oranı ise %15,4'dür. Toplamda hanelerin %81,5'i tek kişilik ya da çekirdek aileden oluşmaktadır. Ailelerin yaşlı bireyleri ile oturanların oranı ise %16'lar düzeyindedir (TUİK, 2017).

Sosyal ihtiyaçlar, kadınların işgücüne katılım oranının artması da yaşlanma ile birlikte bakım sorununu beraberinde getirmektedir. Geleneksel aile yapılarında yaşlı bakımı kadının üzerinden sağlanırken, kadının işgücüne katılması ve çalışma yaşamında yer alması ile birlikte bakımın sağlanmasına yönelik hizmet talebi ortaya çıkmaktadır.

Yaşlanan ekonomilerde kadının işgücü piyasasında yer alması, azalan ve ihtiyaç duyulan işgücü arzının olumsuz etkilerini dengeleyerek, büyümenin artmasına da katkı sağlayacaktır. Yapılan bir çalışmaya göre kadınların işgücüne katılım oranı erkekler ile aynı düzeye yükseldiğinde ABD’de gayrisafi yurt içi hasılanın (GSYH) %5’i, Japonya’da %9’u, Birleşik Arap Emirlikleri’nde %12’si, Mısır’da %34’ü oranında artacağı hesaplanmıştır (Oğuz ve Ünal, 2017:29). Kadın istihdamı ile doğurganlığın bir arada yürütülmesi ancak sosyal güvenlik ve sosyal hizmetlerde devletin etkin politikalar üretmesi ile mümkündür (Esping-Andersen, 2010:66). Bunu sağlayacak hizmetlerden biri de uzun dönem bakım hizmetleridir.

Bakıma muhtaçlık riskine karşı bir güvence ve bu riskten doğan maddî zararların (gelir kaybı veya gider artışı) yanında bakım ihtiyacının karşılanmasını temin etmek ve bakıcı aile fertlerinin bakım yükünü hafifletmek için uzun dönem bakım sigortası da dahil olmak üzere çeşitli bakım modelleri bu ihtiyacın karşılanması için gündeme gelmektedir.

1.3.3. Türkiye’de Yaşlanmanın Sosyal Güvenlik Sistemine Etkisi

Türkiye’de Osmanlı döneminden loncalar ve teavün sandıkları ile başlayan sosyal güvenlik, Cumhuriyet döneminden itibaren daha kurumsal ve kapsayıcı bir hal almıştır. Yapılan düzenlemeler sonucu ILO’nun 102 numaralı sözleşmesi kapsamında yer alan risklerden aile sigortası hariç tümünü kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi bulunmaktadır Sosyal güvenlik sistemi kapsamında yer alan sigorta kolları iş kazası ve

meslek hastalığı, hastalık, sağlık, malullük, yaşlılık, ölüm sigortaları ve işsizlik sigortasıdır.

Türkiye’de hali hazırda yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı düşük düzeylerde olsa da giderek artan bir eğilim içerisinde. Yaşlanmanın getireceği ilave maliyetlere ve etkilenecek sistemdeki değişikliklere zemin hazırlamak üzere 2006 yılında yasalaşan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sosyal güvenlik sisteminde önemli değişikliklere imza atılmıştır. Demografik dönüşüm ve yaşlanma, bu reformun ana gerekçelerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan değişikliklerle 60 yıllık sosyal güvenlik sisteminden köklü bir kopuş meydana gelmiştir (Türcan Özsuca, 2006:6). Sosyal güvenlik reformu olarak adlandırılan bu düzenlemelerin gerekçeleri; sosyal güvenlik sisteminin tüm nüfusu kapsamaması, demografik dönüşüm ve yaşlanma sorunu, erken emeklilik uygulamaları artan finansman ihtiyacı, gelirlerin giderleri karşılayamaması ve bunun sonucunda kurumların bütçe açığı vermeleri, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prime esas kazançların düşük gösterilmesi, prim tahsilat oranının düşüklüğü, emekli aylığı bağlama oranının yüksek, emekli aylığı almak için gerekli olan prim ödeme gün sayısının düşük olması ve evrensel bir sağlık sigortasının olmayışdır (Kızılkuş ve Yılmaz, 2009:25).

5502 Sayılı Kanun’dan önce hizmet akdine tabi çalışan işçilere Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), kendi nam ve hesabına bağımsız çalışan esnaf ve çiftçilere Bağ-Kur, memurlara Emekli Sandığı Kurumu hizmet verirken; 5502 sayılı Kanunla sosyal güvenlik ülke genelinde tek çatı altında birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. SGK, halen 15/7/2018 tarihli ve 30479 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’ne göre faaliyetlerini sürdürmektedir.

2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile emeklilik yaşında kademeli bir geçiş süreci öngörülerek 2048 yılına kadar kadın ve erkek için emeklilik yaş şartı eşitlenmiş, emeklilik yaşı 65 yaş olarak düzenlenmiştir. Kanun ile prim ödeme gün sayısı artırılmış, emekli aylığı bağlama oranı düşürülmüştür. Buna göre kişiler artık daha zor şartlarla emekli olacaklardır.

Türkiye’de evrensel sistem üzerine kurulu bir genel sağlık sigortası (GSS) uygulanmakta ve Türkiye’de yaşayan herkes genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Genel sağlık sigortasının iş ve işlemlerinin yürütümünden SGK sorumludur ve sistem ikametgâh esasına dayalıdır. SGK, sağlık alanında hizmet üreten değil hizmeti finanse eden kurumdur. Çıkarıldığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmetlerini finansal olarak karşılamaktadır.

Sosyal güvenlik sistemi, sigortalılar ve işverenlerinden toplanan primler ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Devlet, SGK’nın her ay itibarıyla tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile beraber genel sağlık sigortası priminin de dörtte biri oranında katkı yapmaktadır. SGK’nın finansal açığı da devlet bütçesinden karşılanmaktadır (SGK, 2018).

2012 ila 2018 yılları arasında Türkiye nüfusu, sosyal güvenlik kapsamı, genel sağlık sigortası kapsamındaki ve GSS primleri devlet tarafından ödenen kişilerin bilgileri Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2: 2012-2018 Yılları Arası Sosyal Sigorta ve Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişilerin Bilgileri

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Türkiye Nüfusu	75.627.384	76.667.864	77.695.904	78.741.053	79.814.871	80.810.525	82.003.882
Sosyal Sigorta Kapsamı⁴	62.899.356	62.789.365	65.060.709	67.330.236	68.212.646	70.363.848	70.196.504
Sigortalı Nüfus Oranı (%)	83%	81,9%	83,7%	85,5%	85,5%	87,1%	85,6%
GSS Kapsamında Tescil Edilenler	11.357.306	12.351.352	11.385.011	10.180.009	10.189.469	9.825.269	10.585.086
GSS Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler	3.798.485	4.699.867	4.043.415	2.787.922	2.679.737	1.889.260	2.322.684
GSS Primi Devlet Tarafından Ödenenler	7.558.821	7.651.485	7.341.596	7.392.087	7.509.732	7.936.009	8.262.402
GSS Primleri Devlet Tarafından Ödenen Kişilerin Toplam Nüfusa Oranı	10%	10%	9,4%	9,4%	9,4%	9,8%	10,1%

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2018.

Tablo 2’de görüleceği üzere SGK’nın Aralık/2018 verilerine göre 2012 yılında sosyal sigorta kapsamındaki nüfus %83’ler düzeyinde iken, 2018 yılında bu oran %85,6 seviyesindedir. Sosyal sigorta kapsamında olmayan nüfustan yaklaşık 10,5 milyon kişi sadece GSS kapsamında sigortalıdır. Bu kişilerin %80,2’sinin primleri devlet tarafından ödenmekte, toplam nüfusun ise %10,1’inin GSS primleri vergilerle finanse edilmektedir.

Sistemin sürdürülebilirliği için aktif sigortalı (çalışan nüfus) sayısının pasif sigortalı sayısına (aylık/gelir almakta olan nüfus) oranının 4 olması gerektiği belirtilmektedir. Tablo 3’de 2008-2018 yılları itibarıyla Türkiye’de aktif ve pasif sigortalı sayıları ve aktif/pasif oranı verilmektedir.

⁴ Sosyal sigorta kapsamındaki nüfus içerisinde SGK’ya bağlı olmayan özel banka sandıklar da dahildir.

Tablo 3: 2008-2018 Yılları İtibariyle Aktif Sigortalı Sayısının Pasif Sigortalı Sayısına Oranı

Yıllar	Aktif Sigortalı	Pasif Sigortalı	Aktif/Pasif Karşılama Oranı
2008	15.041.268	8.045.816	1,87
2009	15.096.728	8.488.866	1,78
2010	16.196.304	8.820.694	1,84
2011	17.374.631	9.274.705	1,87
2012	18.352.859	9.635.806	1,90
2013	18.886.989	9.893.779	1,91
2014	19.821.822	10.227.047	1,94
2015	20.773.227	10.808.165	1,92
2016	21.131.838	11.054.889	1,91
2017	22.280.463	11.418.722	1,95
2018	22.072.840	11.867.931	1,86

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2018.

Tablo 3 incelendiğinde Türkiye’de aktif/pasif oranının henüz 2 düzeylerine bile gelemediği görülmektedir. Aktif/pasif oranının sigortalılık türlerine göre ayırdığımızda 4/A olarak adlandırılan hizmet akdine tabi çalışanların aktif/pasif oranı diğer sigortalılık türlerine göre 2018/Aralık döneminde 2,19 ile en yüksektir. Bu oran, aynı dönem için 4/B’li (eski adı Bağ-Kur) kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlarda 1,3 iken, 4/C kamu görevlilerinde (Emekli Sandığı) 1,48 ile istenilen seviyenin çok çok altındadır (SGK, 2018).

SGK’nın 2008-2018 yılları arasında gelir giderlerini gösteren veriler ise Tablo 4’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde görüleceği üzere devlet katkısı ile birlikte değerlendirildiği zaman gelirlerin giderleri karşılama oranı 2008’de %72,2 iken 2018 yılında %95’lere kadar çıkmıştır. 2018 yılı açığı 15 milyar 750 bin TL olarak gerçekleşmiştir. Reformun sistemin kendi kendini sürdürmesine katkısı olduğu söylenebilir.

Tablo 5’de ise devlet katkısı olmadan işveren ve işçilerin ödedikleri primler ile emekli aylıklarının ve sağlık giderlerinin karşılama oranı görülmektedir. Toplanan prim gelirlerinin giderleri karşılama oranı 2008 yılında %64,9 iken 2018 yılında bu oran

%75,9'a yükselmiştir. Sağlık ödemeleri 2008 yılından 2018 yılına kadar %361 oranında artarak 25,3 milyon TL'den 91,5 milyon TL'ye çıkmıştır. Aynı dönemde emeklilik harcamalarındaki artış da %414 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamaları ve emeklilik harcamalarındaki artış gelirlerden daha düşük oranda gerçekleşmiştir.



Tablo 4: SGK 2008-2018 Yılları Arası Gelir/Gider Tablosu

Yıllar	Gelirler				Giderler	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı(%)
	Prim Gelirleri	Devlet Katkısı	Diğer Gelirler (Diğer Gelirler+Primsiz Ödemeler)	Toplam			
2008	54.546.453	1.718.521	10.992.510	67.257.484	93.159.462	-25.901.978	72,2
2009	54.579.182	10.879.293	12.614.312	78.072.788	106.775.443	-28.702.655	73,1
2010	66.912.858	15.170.035	13.190.291	95.273.183	121.997.301	-26.724.118	78,1
2011	89.560.568	21.176.053	13.743.319	124.479.940	140.715.252	-16.235.312	88,5
2012	99.359.243	23.537.149	20.032.113	142.928.505	160.223.453	-17.294.948	89,2
2013	118.728.578	27.471.369	16.813.608	163.013.555	182.688.916	-19.675.361	89,2
2014	135.238.559	30.512.184	18.578.189	184.328.932	204.400.437	-20.071.505	90,2
2015	159.480.052	37.526.042	23.096.254	220.102.348	231.545.969	-11.443.621	95,1
2016	184.445.994	46.457.369	24.976.820	255.880.183	276.535.786	-20.655.602	92,5
2017	208.064.459	51.767.064	28.728.319	288.559.843	312.734.591	-24.174.748	92,3
2018	255.619.125	57.560.198	56.031.926	369.211.250	384.961.895	-15.750.645	95,9

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2018.

Tablo 5: SGK 2008-2018 Yılları Arası Prim Gelirleri, Emekli Aylıkları, Sağlık Giderleri

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	68.603.972	28.810.684	97.414.657	56,0
2010	66.912.858	78.957.499	32.508.883	111.466.382	60,0
2011	89.560.568	91.615.378	36.500.378	128.115.756	69,9
2012	99.359.243	105.293.799	44.110.561	149.404.360	66,5
2013	118.728.578	119.161.662	49.888.693	169.050.355	70,2
2014	135.238.559	134.391.514	54.551.175	188.942.688	71,6
2015	159.480.052	151.990.402	59.355.576	211.345.978	75,5
2016	184.445.994	185.157.568	67.992.868	253.150.436	72,9
2017	208.064.459	209.545.653	77.632.066	287.177.719	72,5
2018	255.619.125	245.105.705	91.512.240	336.617.945	75,9

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı, 2018.

Tüm veriler incelendiğinde Türkiye demografik fırsat penceresi sürecinde olsa da sürekli finansman açığı olan bir sosyal güvenlik sistemine sahiptir. Bunun da sebeplerinden biri işgücü piyasasının yapısal özellikleri ve özellikle kayıt dışı istihdamın varlığıdır.

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'deki işgücü piyasasında yapısal değişiklikler meydana gelmektedir. Refah rejimlerinin vatandaşlarına tam koruma sağladığı 1970'ler dönemindeki gibi günümüzde tam istihdamdan bahsedilememektedir. İşgücü piyasasında sanayi sektörünün ağırlığı azalarak hizmet sektörünün ağırlığı artmaktadır. İstihdam biçimleri geleneksel, tam zamanlı ve süreklilik taşıyan istihdam biçimlerinden a-tipik olarak nitelendirilen kısmi zamanlı ve geçici esnek istihdam biçimlerine doğru evrimleşmekte, geçici esnek çalışanların sayısı hızla artmaktadır (Özşuca ve Gökbayrak, 2010:62).

Türkiye demografik fırsat penceresi denilen dönemi yaşamasına karşın 15-64 yaş arasındaki nüfusun işgücüne katılım oranı düşük düzeydedir. 2017 yılında OECD ortalamasında işgücüne katılım oranı %72,1 iken aynı dönem için Türkiye'de işgücüne katılım oranı %58 ile OECD ülkeleri arasında en düşük seviyededir (OECD, 2019). Çalışabilir çağıdaki nüfusun işgücüne katılım oranı Türkiye'de erkeklerde %78'ler düzeyi ile dünya ortalamasına yakınken, kadınlarda %37,6 düzeylerinde olması Türkiye'nin toplam işgücüne katılım oranının düşüklüğünün nedenlerindedir.

İşgücüne katılım oranının düşüklüğünün yanı sıra istihdam oranları da istenilen seviyelerde değildir. 2018 yılı itibarıyla çalışma çağındaki nüfusta yer alan bireylerde her iki kişiden biri işgücü piyasasındadır. Erkeklerde istihdam oranı %71 düzeyinde gerçekleşmiş yine de OECD ortalaması olan %78'in altında kalmıştır. Çalışabilir nüfustaki kadınlarda istihdam oranı ise 2018'de %32 düzeyindedir (TÜİK, 2019).

OECD de bu ortalama %61'dir. Nüfusun yarısından fazlasını oluşturan kadınların ise pek çoğu işgücü piyasasının içerisinde yer almamakta ya da alamamaktadır. Verilere baktığımız zaman işsizlik oranı erkeklere göre daha yüksek düzeydedir. 2018 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) verilerine göre kadınlarda işsizlik oranı %14,2 iken erkeklerde %9,7'dir. Kadın ve erkek arasındaki tarım dışı işsizlik oranındaki fark kadınlar aleyhine %7'ye kadar çıkmaktadır.

Çalışma çağındaki olan genç nüfustaki (15-24 yaş arası) işsizlik ise daha yüksek seviyelerde olmakla birlikte kadın ve erkek arasındaki işsizlik oranındaki fark da artmaktadır. Türkiye genelinde %11'ler düzeyinde olan işsizlik oranı, genç nüfus içerisinde %20'nin üzerindedir. Genç erkeklerde işsizlik oranı 2018 yılında %17,6 iken genç kadınlarda bu oran %8'lik farkla %25,3'dür. Aslında kadınlar daha çok iş aramakta, işgücü piyasasının yapısı ve diğer etkenler kadınların iş bulmasını zorlaştırmaktadır. Genç işsizliği ülkemizde yapısal bir sorundur. İşgücü piyasasında yer alamama kişilerin sosyal güvenlik sisteminde sisteme katkı sağlayan aktif çalışan olmalarını engelleyerek ilave yüke neden olmaktadır.

İşgücü piyasasında yer almada eğitim durumu da etkili olmaktadır. Yükseköğrenim mezunu kadınlar, lise ve altı eğitim gören kadınlara göre daha kolay iş bulmaktadır. Diğer OECD ülkelerine kıyasla Türkiye'de yükseköğretimi bitirmek iş bulmada önemli bir avantaj sağlamaktadır (OECD, 2018). Öte yandan yükseköğrenimde bitirilen bölüm ile işgücü piyasasında emek ihtiyacı olan bölümler arasındaki farklar, aranan nitelikler işsizlik oranlarını da etkilemektedir. Üniversitelerin hukuk ve işletme bölümlerinden mezun olanlar diğer bölümlerden mezun olanlara göre daha zor iş bulabilmektedir. Hizmet sektöründe yer alan istihdam açığı değerlendirildiğinde kişilerin meslek ve yükseköğretim seçiminde yönlendirilmesinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bakım hizmetlerinde de kalifikasyonu yüksek elemana ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye'deki yükseköğretim öğrencilerinin büyük bir kısmı ortalamanın

altında istihdam olanağına sahip olmasına rağmen işletme ve hukuk okumaktadır (OECD, 2018).

Kadınların işgücü piyasasında yer almama sebeplerinden biri bakım sorunu ve ev işleriyle meşgul olmalarıdır. TÜİK tarafından açıklanan 2018 İstihdam verileri incelendiğinde istihdamda yer almayanlardan %2'si iş bulma ümidinin olmadığını, %39'u ise istihdamda yer almama nedeni olarak ev işleriyle meşgul olmalarını dile getirmiştir. İşgücü piyasasında yer almayanların %14'ü çalışamaz haldedir. Bu kişilerin de bakıma ihtiyacı olduğu söylenebilir. Kadınlar üzerlerindeki bakım yükü nedeniyle de işgücü piyasasında yer alamamakta, sosyal güvenlik sistemine de kendi çalışmaları nedeniyle katkı sağlayamamaktadır.

Öte yandan bazen sosyal güvenlik uygulamaları da özellikle kadınların işgücü piyasalarında olmalarını engelleyici uygulamalar olarak gündeme gelmektedir. Sigortalı ya da emekli bir kişinin vefatı halinde hak sahibi eşine, çalışmayan veya kendi çalışmaları dolayısıyla gelir/aylık almayan ve evli olmayan yaş şartına bakılmaksızın kız çocuklarına ve bakıma muhtaç engelli erkek çocuklarına ölüm aylığı ya da ölüm geliri bağlanmaktadır. Bazı durumlarda bağlanan aylık miktarı kişinin çalışırsa alacağı asgari ücret tutarını geçmektedir. Bu durumda kişiler çalışmamayı tercih etmekte, çalışsalar bile kayıt dışı çalışmaktadır.

Demografik fırsat penceresi dönemini yaşarken açık veren, işgücü piyasaları istenilen düzeyde etkin ve işlevsel varlığını sürdüremeyen ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun artması ile beraber prim ödeyenlerin sayısında belirgin bir azalış, emekli sayısında da artış olacağından bu durum sistemi daha da zora sokacaktır. Prim gelirlerinin azalmasıyla dağıtım yöntemini ve tanımlanmış fayda modelini uygulayan sosyal güvenlik sistemimiz daha fazla açık vermeye başlayacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

REFAH REJİMLERİNE GÖRE FARKLI UZUN DÖNEM BAKIM MODELLERİ

2.1. Uzun Dönem Bakım Hizmetleri

Birinci bölümde ayrıntılı bir şekilde anlatıldığı üzere yaşlanma ve demografik yapıdaki değişimle beraber toplumlar yeni politika ve uygulama arayışları içerisine girmiş ve böylelikle uzun dönem bakım (long term care) kavramı ortaya çıkmıştır. Uzun dönem bakım sistemleri, kişilerin yaşlılıkları boyunca ihtiyaç duydukları sağlık ve öz bakım hizmetleri de dahil olmak üzere gündelik hayatlarını sürdürmek için gerekli hizmetleri kapsayan sistemlerdir. Sürdürülebilir ve eşitlikçi bakım sistemlerinin nasıl olacağı ülkelerin ekonomik ve sosyal yapılarına göre değişiklik gösterse de amaç; yaşlıların insan onuruna yakışır şekilde özgür bir birey olarak toplumsal yaşama katılmalarına katkıda bulunmaktadır (WHO, 2018).

Mayıs 2016'da gerçekleştirilen ve DSÖ tarafından düzenlenen 69 uncu Dünya Sağlık Toplantısında 194 ülke, her ülkenin uzun dönem bakım sistemi olması gerektiği üzerinde fikir birliğine varılmıştır. Ancak henüz dünya genelinde yaşlıların ihtiyaç duyduğu uzun dönem bakım hizmetlerinin yeterli düzeyde uygulandığı çok az ülke bulunmaktadır. ILO'nun Bakım Ekonomisi Raporunda uzun dönem bakımın tanımlandığı, nakdi ve aynı yardımlar açısından yasal düzenlemelerin yapıldığı ve evrensel, herkesin yararlanabildiği bir sistemin kurulduğu dünya genelinde dokuz ülke mevcuttur. Bu ülkeler: Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Almanya, İzlanda, Japonya ve Lüksemburg'tur (ILO, 2018:269).

Kavram olarak çok geniş bir içeriğe sahip uzun dönem bakım; vücut temizliğini (yıkama, duş alma, diş fırçalama), beslenmeyi (yemek hazırlama ve yeme), mobilitayı (kalkmak, yatağa girmek, giyinmek ve soyunmak, ayakta durmak, merdiven inmek ve çıkmak veya evden dışarı çıkıp tekrar eve gelmek) ev işlerini (alışveriş, yemek pişirme,

ev temizliği, çamaşır değiştirme ve yıkama vb.) ve evde sağlık yardımı hizmetlerini de kapsamaktadır (ASPB, 2013:4). Ayrıca psiko-sosyal destek hizmetleri, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve günlük ihtiyaçların karşılanabilmesi ya da tıbben gerekli yaşam alanı modifikasyonları, rampa, tekerlekli sandalye, mutfak veya banyo modifikasyonunun yapılması da dahil olmak üzere bakım onarım hizmetleri de evde bakım hizmetleri kapsamında değerlendirilebilmektedir (Gökhan, 2012:390).

OECD genelinde 65 yaş üstü nüfusun %13'ü uzun dönem bakım hizmeti almaktadır (OECD, 2018:206)⁵. 80 yaş ve üzeri nüfus ise uzun dönem bakım hizmeti alan kişilerin çok daha büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Japonya, Danimarka ve Avustralya'da uzun dönem bakım alan kişilerin üçte ikisi 80 yaş ve üzeridir (OECD, 2018:206).

2.1.1. Bakım Sorumluluğu: Formel, Enformel Bakım

Bakım hizmetleri formel; yasal bakım hizmetleri kapsamında evde bakım, gündüzlü bakım ve kurumsal bakım hizmetleri ile birlikte enformel bakım hizmetlerini de kapsamaktadır.

Formel bakım; yasalarla düzenlenen ve kamusal sorumluluğun ağır bastığı hizmetlerdir. Bettio ve Plantenga'ya (2004) göre formel bakımın sunumu; zamana dayalı bakım sunumu (ebeveyn izinleri, bakım için ayrılan izinler), parasal/nakit yardımları (aile ödenekleri, sosyal yardımlar, ev içi hizmetlerin karşılanması) ve yaşlılar için evde bakım ve kurumsal bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Akt. Gökbayrak, 2009:59).

⁵ OECD, uzun dönem bakım hizmeti alan kişileri belirli bir sosyal program altında olanlarla birlikte, profesyonel olmayan kişilerden karşılanıyor olsa da bakım hizmetine para ödeyen kişiler olarak tanımlamaktadır. Bu kişiler arasında bakım ödeneği gibi uzun dönem bakım hizmetleri kapsamında yapılan nakit transferlerinden faydalanan kişiler de yer almaktadır.

Zamana dayalı bakım sunumu açısından çocuk bakımı için kullanılan analık izni, babalık izni ya da ebeveyn izinlerinin yanı sıra bazı ülkelerde kişilere yaşlılarına bakabilmeleri için belirli sürelerde ücretli veya ücretsiz izin verilebilmektedir. Dünya Politika Analizi Merkezinin 2014 yılında yaptığı araştırmaya göre 186 ülkeden 89'u (%48'i) yaşlı bireylerinin sağlıkla ilgili problemleri durumunda bakımları için vatandaşlarına ücretli (66 ülke) ve ücretsiz izin (23 ülke) sağlamaktadır. Yaşlıları için bakım izni sağlayan ülkelerin pek çoğu Avrupa ve Asya'da bulunmakla birlikte bu izin kısa dönemli ve uzun dönem olarak karşımıza çıkmaktadır (ILO, 2018:132). İş ve aile yaşamının dengesi açısından bu izinler büyük önem taşımaktadır. Kısa dönemli bakım izni süresi 5 günden başlayarak (Avusturya ve İrlanda) 36 güne (İtalya) kadar uzayabilmektedir. Uzun dönem izinler bazı ülkelerde ücretsiz (Hollanda), bazı ülkelerde belirli bir oranda (Finlandiya'da işsizlik ödeneğinin %70'i), bazı ülkelerde sabit miktarda (Belçika'da 12 aya kadar 740 Avro) olarak uygulanmaktadır (ILO, 2018:133).

Bakım hizmetleri toplum temelli bakım hizmetleri (evde bakım, gündüzlü bakım vb.) ve kurumsal bakım hizmetleri olarak ayrılmaktadır.

Dünyada evde uzun dönem bakım hizmetleri belirli bir ücret ödenerek profesyonel bakıcılar tarafından sağlanabilmektedir. Uzun dönem bakım işçileri, kurumsal ya da evde olmak üzere sağladıkları bakım hizmeti karşılığında sözleşmeye göre belirli bir ücret alan kişilerden oluşmaktadır (OECD, 2018:210). Kavram, belirli bir gelir karşılığında uzun dönem bakım hizmeti sağlayanları da kapsamaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre 65 yaş ve üzeri her 100 kişi için 4.2 bakım elemanı çalışmasının gerektiği tahmin edilmektedir (ILO, 2018:269). Yapısı itibarıyla emek yoğun bir sektör olan bakım hizmetinde çalışan bakıcıların geliri düşüktür. Pek çok bakıcı aynı işyerinde uzun süreli istihdam edilmemektedir, sektörde iş değiştirme sıklığı fazladır (Colombo, 2011:14).

Öte yandan bakım sektöründe çalışanların ortalama üçte biri hemşireler, üçte ikisi ise eğitim almamış kişilerdir. OECD ülkelerinde bu sektörde çalışanlara yönelik eğitim programları düzenlense de özellikle evde enformel bakım uygulamaları göz önüne alındığında pek çok zorlukla karşılaşıldığı gözlenmektedir (Commission O., 2013:18).

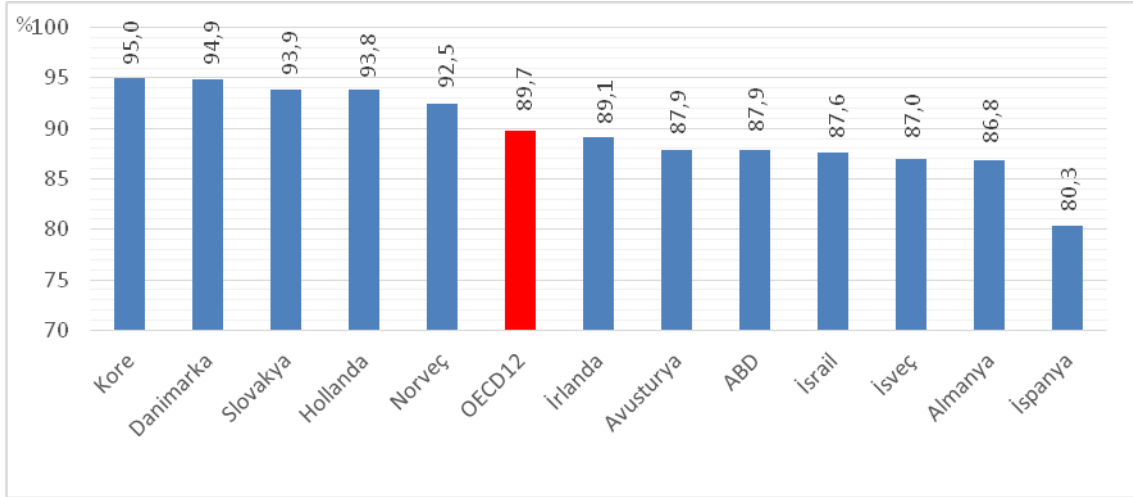
Bununla birlikte bakım hizmeti kavramı, yapılan çalışmalara göre hala piyasa üretiminin dışında ve çoğunlukla ev içinde kadınlar tarafından yerine getirilen bir faaliyet olarak algılanmaktadır. Burada da enformel bakım karşımıza çıkmaktadır.

OECD, enformel bakıcıları, yaşlı aile üyelerine, arkadaşlarına ve sosyal çevrelerindeki yaşlı bireylere günlük ihtiyaçlarını karşılamada yardım eden kişiler olarak tanımlamıştır. Enformel bakımın içeriği yasal bir düzenleme ile düzenlenmemiştir. Bu hizmetler genellikle aile üyeleri tarafından sunulan ücretsiz hizmetlerdir (Bettio ve Plantenga, 2004:86). Uzun dönem bakım hizmetinin çok büyük bir ayağını enformel bakım oluşturmaktadır. Gelişmiş uzun dönem bakım hizmetleri olan ülkelerde bile enformel bakıcıların, formel bakıcıların yaklaşık iki katını oluşturdukları tahmin edilmektedir. Öyle ki enformel bakım hizmeti sunan ve 35 ila 54 yaş arasında olan kişiler için “sandviç kuşağı” denilmektedir. Bu kuşak hem yaşlı bireylerin bakımı ile ilgilenmekte, hem 18 yaş altı kendi çocuklarına bakmakta, hem de işgücü piyasasında yer almaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan bireylerin pek çoğu yakınları tarafından bakılmak istemektedir (Commission E. P., 2014:23). OECD ülkelerinde 50 yaş ve üzere kişilerin %13’ünün en az haftada bir yakınlarından yardım aldığı tespit edilmiştir (OECD, 2018:207).

Bakım hizmetleri kadın emeğinin yoğun olarak kullanıldığı bir alandır. Enformel bakım ihtiyacını karşılayan kişilerin yaklaşık %60’ı kadındır. Sadece İsviçre’de %55 oranı ile erkekler, yaşlı yakınlarına daha fazla enformel bakım sunmaktadır. Grafik

13'de görüldüğü üzere uzun dönem bakım hizmeti veren işçilerin OECD genelinde %90'ını kadınlar oluşturmaktadır.

Grafik 13: OECD 12 de Uzun dönem Bakım Hizmeti Verenlerde Kadın Çalışanların Oranı



Kaynak: OECD, 2018:211.

Bakıma atfedilen duygusal boyut, bakımın metalaşmasına engel olmakta; bu noktada sosyo-kültürel normlar içerisinde bakımın kadınlar tarafından sağlanmasını bir anlamda meşrulaştırmaktadır. Bakımın kadınlar tarafından sunulması, bakımın feminizasyonu, işgücünün yeniden üretimini ücretsiz sağlayarak önemli bir fonksiyonu yerine getirmektedir (Gökbayrak, 2009:59). Ayrıca kadınların işgücüne katılımında önemli bir bariyer olarak karşımıza çıkmaktadır.

ILO'nun 2018 yılında yayımladığı Bakım Ekonomisi Raporunda belirttiği üzere 2018 yılında dünya genelinde çalışma çağındaki kadınlardan %41,6'sı bakım yükleri nedeniyle işgücü piyasasının dışında kaldıklarını belirtmişlerdir (ILO, 2018:6). Rapora göre bakım politikalarına yatırım yapılan ülkelerde kadınların işgücüne katılım oranı daha yüksektir (ILO, 2018:216).

Kadınların bakım sorumlulukları onların ekonomik bağımsızlık kazanma ve toplumsal alanda var olma haklarını kısıtlayan bir durumdur, bu durumdan çıkışı sağlayacak ise refah devleti uygulamalarıdır. Aslında refahın üretiminin aile ağırlıklı

olmaktan çıkması ile kadınlar metalaştırılmış olmakta ve erkeklere olan bağımlılıkları azalmaktadır. Refah devleti sonradan sosyal politika uygulamaları ile bu kadınların metalaşmalarını sınırlamaktadır (Esping-Andersen, 2010:53). Kamu tarafından sağlanan bakım hizmetleri, kadının istihdama katılımını sağlayan gerekliliklerden biridir. Kadının işgücü piyasasında olması da uzun dönem bakım hizmetinin vergilerle finanse edilmesini sağlamaktadır. Sistem döngü şeklinde kendi kendini finanse etmektedir.

Öte yandan bakım sektörü, göçmen işçi emeğinin en sık kullanıldığı sektörlerin başında gelmektedir. Bakımın enformel olarak kadın üzerinden yürütülemediği yerlerde formel bakım uygulamaları da kısıtlı ise göçmen emeği karşımıza çıkmaktadır. Bakım hizmetlerinde ortaya çıkan işgücü açığı, özellikle göçmen kadın emeği ile karşılanmaktadır. Bakım hizmetlerinin feminizasyonu, göçün feminizasyonu da tetiklemektedir.

Bir çalışmaya göre Amerika'daki bakım işçilerinin dörtte biri göçmendir (Colombo, 2011). İtalya'da bakım hizmeti sağlayanların yaklaşık %70'i başka ülkelerde doğmuşlardır (Commission E. P., 2014:14). Ülkelerin refah rejimleri, sosyal koruma programları, çalışma hayatı ve göç politikaları göçmenlerin çalışma koşulları ve bakım sektöründeki konumlarını da belirlemektedir (IOM, 2018:4). Aile korumasına dayalı İtalya'da bakımda göçmen emeğinin yoğunluğu enformel bakım sisteminin de yoğunluğuna katkı sağlayarak formel bakım sistemlerini dışlayıcı etki yaratmaktadır.

Göçmenlerin düşük ücretlerle işgücü piyasasında yer almaları bakım hizmetlerindeki ücretlerin de aşağı yönlü hareket ederek düşmesine neden olmaktadır. Göçmenleri çalıştıran aileler açısından ucuz, esnek göçmen işçiliği talep görmekte ve kişilerin kamudan potansiyel hizmet talebinin de önüne geçilmiş olmaktadır (Gökbayrak, 2009:8).

Göçmen bakım emeği, yaşlanma sorunu ile karşılaşan gelişmiş ekonomilerin sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki bakım maliyetini azaltmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre göçün net mali etkisi OECD ülkeleri için pozitifdir (IOM, 2018:4).

Bununla birlikte göçmenlerin pek çoğu kayıt dışı ve zor koşullar altında çalışmaktadır. Düşük ücretler, uzun çalışma koşulları, çalışma ve oturma izinleri gibi yasal izinlerinin, sağlık ve sosyal güvenliklerinin olmayışı ile uğradıkları istismar yasadışı göçmenlerin karşılaştığı sorunlardandır (ILO, 2018:324).

Göçmenler, bakım emeği ile gelişmiş ülkelerin refahına katkıda bulunmakta; bu bağlamda gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere refah transferi olmaktadır (Gökbayrak, 2009:59). Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelere eğitimli, yetişmiş kişilerin göçü olan beyin göçü “brain drain” kavramı gibi bakım göçü “care drain” kavramı ortaya çıkmıştır. Yaşlıların, çocukların, engellilerin ve kronik hastalığı olanların bakımı için ihtiyaç duyulan kişilerin göçü olan bakım göçü, giderek yaygınlaşan bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakım göçü, bakım hizmetleri sağlayan göçmen işçilerin geldikleri ülkelerde kendi çocuklarının, yaşlılarının bakımı için birilerini istihdam etmeleri ile ardışık bir şekilde devam etmekte, küresel bakım zincirlerini oluşturmaktadır (Michel, 2010). Bakım göçü alan ülkeler bakım sağlayan göçmen işçilerin bir yandan da çalıştıktan sonra emeklilik dönemlerinde ülkelerine dönmelerini teşvik etmektedir. 2011 yılında Avrupa Birliği işgücü göçü ile ilgili bir direktif yayımlayarak (2011/98/EU No’lu Direktif) yasal AB vatandaşı olmayan göçmenlerin AB ülkelerinde çalıştıktan sonra kendi ülkelerine dönmeleri halinde, haklarında işverenleri tarafından bildirilen malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası prim tutarlarını alabileceklerini düzenlemiştir.

Öte yandan özellikle Avrupa Birliği’nde bakıma ihtiyaç duyanların göçünden de bahsedilmektedir. Almanya ve İngiltere gibi bakım hizmetlerinin gittikçe pahalılaştığı

ülkelerde bakıma ihtiyaç duyan kişiler özellikle Doğu Avrupa ve Asya gibi ülkelere yerleşerek oralarda bakım hizmeti almaktadır.

Nüfus yaşlanmaya ve aile yapıları farklılaşmaya devam ettikçe, bakım hizmetine olan talep artmaya devam edecektir. Avrupa İstihdam İzleme Raporuna göre sağlık sektöründe çalışmak üzere bireysel bakım uzmanlığı, en çok büyüyen ve ihtiyaç duyulan sektördür (Commission E. P., 2014:19). Artan talep ihtiyacına cevap verebilmek için düzenli bir bakım piyasasının oluşturularak bakım işçilerinin istihdam edilebilirliğine (işsizlere bu alanda eğitim almaları ve çalışmaları için teşvik etmek), çalışma koşullarının iyileştirilmesine (ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi) ve verimliliğin artırılmasına (yeni teknolojilerin kullanılması ve iş akışlarının düzenlenmesi) yönelik politikaların uygulanması gerekmektedir.

2.1.2. Bakım Hizmetlerinin Türleri: Evde Bakım ve Kurumsal Bakım

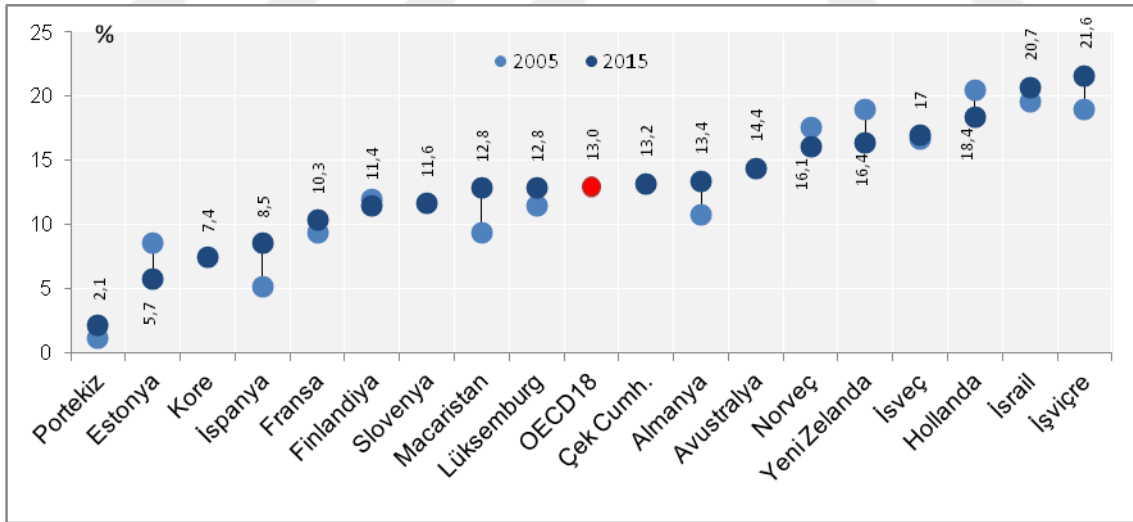
Uzun dönem bakım, bakıma ihtiyaç duyan kişinin ihtiyaçlarına göre çok farklı şekillerde ve yerlerde karşılanabilmekte, esas olarak evde bakım ve kurumsal bakım olarak karşımıza çıkmaktadır. Son dönemlerde toplum temelli bakım hizmetleri olarak adlandırılan evde bakım, bakım evleri, gündüzlü bakım evleri ve yarı zamanlı bakım evleri uygulamaları da yaygınlaşan uygulamalar arasındadır.

Evde bakım hizmetleri, bireylerin kendi evlerinde ya da aile bireylerinin evlerinde sağlanan hizmetler olarak değerlendirilip, aile bireyleri tarafından sağlanabildiği gibi profesyonel bakıcılar, sağlık hizmeti sunan hemşireler, fizyoterapistler ve sosyal hizmet servisleri tarafından da yerine getirilebilmektedir. Kısa süreli evde bakım hizmetleri genelde tıbbi hizmet ağırlıklı olmaktadır. Uzun dönem evde bakım hizmetlerinde hem tıbbi hem sosyal bakım birlikte yürütülmektedir. Avustralya, Japonya, Almanya, Portekiz, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Fransa'da evde bakım hizmeti sağlayanların bakım hizmetleri sistemi tarafından

ödemelerinin yapılabilmesi için akreditasyon almaları gerekmektedir (OECD ve Commission, 2013:14).

Son yıllarda pek çok OECD üyesi ülke yaşlı bakım programlarında evde bakım uygulamalarını daha çok desteklemektedir. Grafik 14.de verilerin bulunabildiği 16 OECD ülkesinde uzun dönem bakım hizmeti alan 65 yaş üstü nüfustan evde bakım hizmeti alanların oranları görülmektedir. Buna göre OECD16 ortalamasında 2005 yılında %65 olan evde bakım oranı, 2015 yılında %67'ye çıkmıştır. Almanya'da 2005 yılında evde bakım %64'ler düzeyindeyken 2015 yılında %69'a çıkmıştır. İsveç ve Portekiz'de evde bakılan kişi sayısında 2005'den 2015'e %10'un üzerinde artış gerçekleşmiştir. İsveç'te evde bakım hizmeti alan 65 yaş üstü nüfusta görülen %12'lik artış, İsveç'in kurumsal bakım kapasitesini azaltarak evde bakım hizmetlerini destekleme politikasından kaynaklı ortaya çıkmıştır.

Grafik 14: OECD Genelinde 65 Yaş Üstü Nüfusta Evde Bakım Hizmeti Alan Kişi Sayısı



Kaynak: OECD, 2018:207.

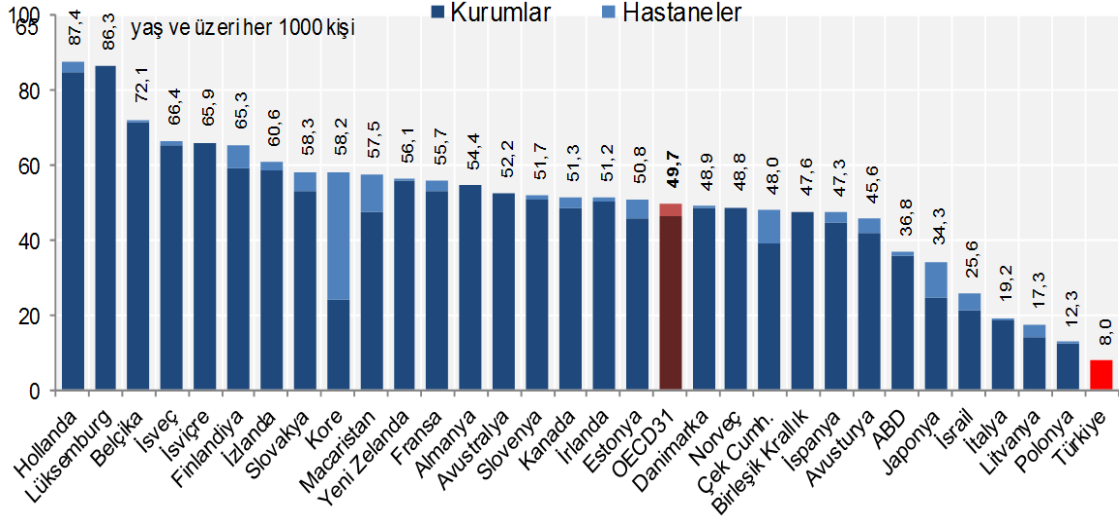
Bununla birlikte Finlandiya ve Estonya'da OECD ülkelerinin tersine evde bakım alan kişi sayısında azalma görülmektedir. Finlandiya'da geleneksel kurumsal bakım hizmetlerinde artış yerine "service housing" denen ve yaşlıların 7 gün 24 saat bakım hizmetine ulaşabildikleri özelleştirilmiş bakım evleri uygulamasında artış

görülmektedir. Estonya’da kurumsal bakım uygulamalarında anlamlı bir artış görüldüğünden 65 yaş üstü nüfusta uzun dönem bakım hizmeti alanlardan evde bakılanların oranı 2005 yılında %79 iken 2015 yılında %56’ya düşmüştür.

Kurumsal bakım hizmeti ise bireylerin profesyonel kişilerden hizmet aldığı, gerektiğinde barınmasının da sağlandığı, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarının giderildiği ve gündüz bakım evi, yatılı bakım, dinlenme evi, huzurevi ve rehabilitasyon merkezilerince sağlanan hizmetlerdir (Bakım Hizmetleri, 2018:10). Kurumsal bakımın sağlandığı yerlerde bireylerin ihtiyaçlarına ve durumlarına göre boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerin ve aktivitelerin arttırılmasına çalışılmaktadır.

Hastanelerde ve uzun dönem bakım kurumlarında yer alan 65 yaş ve üzeri her 1000 kişi için yatak sayısı da ülkelerin uzun dönem bakım hizmetlerine verdiği önemin bir diğer göstergesidir. Grafik 15’de görüldüğü üzere OECD31 ülkesinde 65 yaş ve üzeri için uzun dönem bakım için sağlanan yatak sayısının 46’sı kurumsal bakım merkezlerinde, 4’ü hastanelerde olmak üzere 50’dir. Bu sayı Almanya’da 55, bakımın daha çok aile eli ile gerçekleştiği İtalya’da 19’dur. Türkiye’de hastanelerdeki veri alınamamakta, kurumsal bakımda oran %0,08 olarak tespit edilmektedir. Öte yandan OECD genelinde kurumsal bakım merkezlerinde ve hastanelerde uzun dönem bakım için ayrılan yatak sayısı giderek azalmaktadır (OECD, 2018).

Grafik 15: OECD Ülkelerinde 65 yaş ve Üzeri Her 1000 Kişi İçin Uzun Dönem Bakıma Yönelik Yatak Sayısı



Kaynak: OECD, 2018:215.

Bakıma muhtaçlık derecesi arttıkça, kurumsal bakım hizmetleri hem ekonomik hem de bakım hizmetinin zorluğu ile bakımı gerçekleştirecek olanın ulaşım masraflarının olmaması nedeniyle daha etkindir. Ancak kurumsal bakımın kamu maliyesine olan yükü, enformel bakımın ilave katkısının az olmasından kaynaklı daha çok olmaktadır. Uzun dönem bakım hizmeti alanlar da daha çok evde bakım uygulamalarını tercih etmektedir. Ancak, bireysel tercihlerin dışında yalnız yaşayan, ileri derecede bakıma ihtiyacı olan kişilerin kurumsal bakım almaları daha uygundur.

Bakım hizmetlerinde, kuşaklararası arası bakım (intergenerational care) olarak adlandırılan ve yaşlı bakım merkezleri ile çocuk bakım merkezlerinin aynı kampüste ya da aynı yerleşim yerinde bulunması uygulaması ilk defa 1976 yılında Japonya'da uygulanmaya başlanmıştır. Singapur, Amerika, Japonya mevcut olan ancak bazılarında deneme aşamasında olan uygulama ile bakım evlerinden faydalanan ve gönüllü olan yaşlıların küçük çocuklarla bir arada olmaları sağlanmaktadır (Handicare UK, 2018). İngiltere ve Avustralya'da yeni yeni denenen uygulama kendi içerisinde farklılıklar

göstermektedir. Avustralya'da kişilerin kendi evlerinde yaşayarak belirli zamanlarda çocuklarla merkezlerde buluşmaları sağlanmaktadır. Kuşaklararası bakım uygulamaları yaşlıların küçük çocuklarla birlikteken kendi dertlerini unutmalarına, mutlu ve daha iyi hissetmelerine yardımcı olmakta, aynı zamanda bu sayede kendi aralarında da sosyalleşmelerini artırmaktadır.

2.1.3. Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Uzun dönem bakım hizmetlerinden kamu tarafından yürütülen sistemler primlerle finansa edilen sistem, primsiz sistem ve karma sistem olmak üzere üç şekilde ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigorta modeli olan primli sistemde kapsamda olan sigortalıların ücretlerinden belirlenmiş bir oranda ya da değişken olarak prim kesilmekte, bu toplanan tutarlar değerlendirilerek giderler bu tutarlar üzerinden karşılanmaktadır. Almanya, Japonya, Hollanda ve Lüksemburg sosyal sigorta modelini uygulamaktadır. Burada bakım hizmetinden yaralanmak için bakıma muhtaç olunması yeterlidir. Fon toplamaya ise bazen merkezi yönetim bazen de yerel yönetim yetkilidir.

Primsiz sistemde ise uzun dönem bakım hizmetlerinin finansmanı vergilerle finanse edilmekte, hizmetlerden yararlananlardan ilave prim, ödeme alınmamaktadır. Evrensel refah rejiminin uygulandığı ülkelerde sistem vergilerle finanse edilmektedir. İsveç ve Danimarka'da vergilerle finanse edilen sistemlerde tüm vatandaşlar kapsamda yer almaktadır, sistem bazen bakım hizmetinin tümünü değil belirli bir tutarını karşılamakta, kalanı hizmet alan tarafından ödenmektedir. Vergilerle finanse edilen sistemlerin bir kısmı sosyal yardımlar kapsamında yer almakta ve kişilerin bu yardımlardan yararlanabilmeleri için gelir testine tabi olmaları gerekmektedir. İtalya ve İngiltere'de bu uygulamaya örnek gösterilebilir.

Özel bakım hizmetleri ise genelde hizmeti kullananlar tarafından finanse edilmekte, bazen sivil toplum kuruluşları, bağışçılar, hayır kurumları, yerel yönetimler finansmana destek olmaktadır.

Hem prim alındığı hem de devletin sosyal taraf olarak destek sağladığı karma modeller uygulanan diğer bir modeldir. Kanada, Yeni Zelanda, Avustralya bu sistemlere örnektir (Bal, 2016:173).

Uzun dönem bakım hizmetine yapılan harcamaların; yaşlanmanın, aile yapılarının değişimi, bakım hizmetinin emek yoğun bir sektör olması sebebiyle verimliliğin artırılamayacağı ele alındığında, zaman içerisinde daha da artacağı düşünülmektedir. OECD'nin 15 ülkesinde 2015 yılında uzun dönem bakım hizmetlerine harcanan tutar gayrisafı yurtiçi harcamalarının %1,7'si olup, bu tutarın %1,4'ünü sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Bakım hizmetinin kurumsallaşmasının az olduğu ülkelerde genellikle kişisel ve özel harcamalar daha fazladır (OECD, 2018:215).

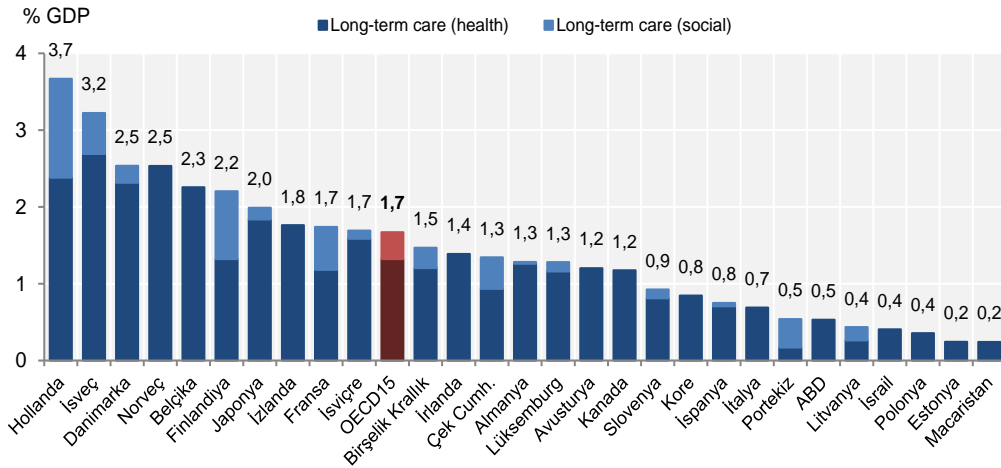
Bakım sektörünün istihdam içerisindeki payı OECD genelinde %2 olsa da bu oran giderek artmaktadır. Japonya, Kore ve İsrail'de 2005 yılından 2015 yılına kadar bakım sektöründe istihdam edilen kişi sayısı %50 artmıştır. Bu ülkelerde yaşlanma hızı çok yüksek olmakla birlikte, ülkelerde uzun dönem bakım sigortası bulunmakta ve bakım hizmetinde profesyonelleşme artmaktadır.

Uzun dönem bakım hizmetinin uygulanma şekli ve yapısı, bakıma yapılan harcamaların içeriğini de belirlemektedir. OECD genelinde uzun dönem bakıma yapılan hükümet ve zorunlu harcamaların üçte ikisini 2015 yılında yatan hastalara yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Uzun dönem evde bakım hizmetine yapılan harcama OECD genelinde toplam harcamaların %30'unu oluşturmakta, Polonya, Almanya, Avusturya, Danimarka'da bu oran %50'inin üzerine çıkmaktadır. Güney refah rejiminin

hâkim olduğu İtalya’da ise %31 ile günlük uzun dönem bakım hastasına harcanan tutar daha yüksek düzeydedir.

Aile yapılarındaki değişimler, ulaşım imkanlarının artması ile beraber artan uluslararası işgücü hareketliliği ve kadınların işgücüne katılım oranlarının artması ile birlikte birtakım çevrelerce enformel bakım hizmetlerinden yararlanabilecek kişi sayısında da azalma olacağı düşünülmektedir. Yaşlanan nüfus ile beraber profesyonel uzun dönem bakım hizmetlerine olan talebin de artacağı öngörülmektedir. Bu sebeple uzun dönem bakım hizmetlerine artan talebi karşılamak, bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği artırarak kaliteli bir şekilde sürdürülebilirliğini sağlamak için yeterli düzeyde fonlara ihtiyaç duyulmaktadır (OECD, 2018:208).

Grafik 16: OECD Ülkelerinde Uzun Dönem Bakım Harcamalarının GSYH’ye Oranları

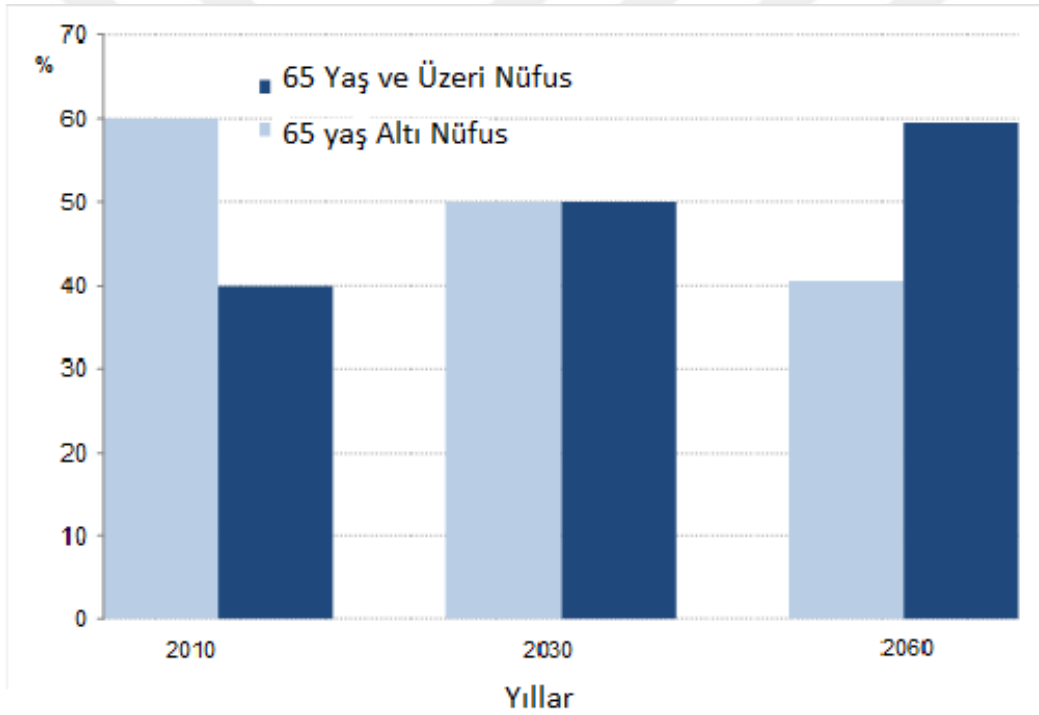


Kaynak: OECD, 2018:217.

Grafik 16’da veri elde edilebilen 15 OECD ülkesinde uzun dönem bakım hizmetlerine yapılan toplam harcamaların gayri safi milli hasılaya oranları görülmektedir. Tüm ülkelerde görüleceği üzere tüm ülkeler, sosyal harcamalardan çok daha yüksek tutarda sağlık harcamaları yapılmaktadır. OECD15 genelinde uzun dönem bakım harcamalarının GSYH’ya oranı %1,7 iken, Nordik ülkeleri ve Japonya’da bu oranın %2’den fazla olduğu görülmektedir.

OECD genelinde 65 yaş üstü kişilere yapılması beklenen sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı da gittikçe artmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre 2010 yılında 65 yaş üstü nüfusa yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %40,5'ini oluşturmakta iken, 2030 yılında 65 yaş üstü kişilere yapılacak sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarının %50'sini oluşturacağı tahmin edilmektedir. Yapılan projeksiyona göre 2060 yılında %59,4 ile toplam sağlık harcamalarının %59,4'ü 65 yaş ve üzeri nüfusa yapılacaktır (Maisonneuve ve Martins, 2013:19).

Grafik 17: Sağlık Harcamalarında Yıllara Göre Öngörülen Değişim



Kaynak: Maisonneuve ve Martins, 2013.

2.2. Refah Rejimleri ve Ülkelerde Uzun Dönem Bakım Hizmetleri

19. yüzyılın ortalarında İngiltere’de temel eğitimi sağlamak üzere çıkarılan yasalar ve 1883’te Almanya’da Bismarck tarafından uygulamaya konulan sosyal sigorta uygulamaları, refah devletinin başlangıcı olarak görülmekle birlikte, refah devleti; refah rejimi kavramının esas olarak İkinci Dünya Savaşı sonrası 1942 yılında hazırlanan

Beveridge Raporu ile literatürde yaygınlaştığı kabul edilmektedir (Özdemir, 2007:16). Modern refah devleti, zenginlik eşitlik ve tam istihdamın mükemmel bir uyum içerisinde gözüktükleri, kapitalizmin savaş sonra “Altın Çağı”nda ortaya çıkmıştır (Esping-Andersen, 2010:56).

Refah devleti, vatandaşlarına asgari düzeyde bir gelir sağlamayı garanti eden, yaşlılık, hastalık, işsizlik gibi sosyal risklere karşı güvence sağlayan, sosyal refah hizmetleri aracılığıyla vatandaşlarına eşitlikçi ve iyi bir yaşam sağlamaya çalışan devlet olarak tanımlanabilir (Briggs, 1961:14).

Refah rejimi, refahın devlet, aile ve piyasa arasındaki karşılıklı bağımlılık içinde ve birleşik şekilde üretilme ve paylaştırılma yöntemidir (Esping-Andersen, 2010:37). Refah rejimlerini tanımlarken sosyal haklar, sosyal tabakalaşma ve piyasa, aile ve devletin rolü ve birbirleri arasındaki ilişki temel belirleyicilerdir. Ülkelerin ekonomik, kültürel ve tarihsel geleneklerine göre farklılıklar gösteren refah rejimlerinde devlet, aile ve piyasa ile birlikte sosyal riskleri kontrol eden üç kaynaktan biridir (Esping-Andersen, 2010:33). Refahın paylaştırılma şekline, metadışlaştırma yani piyasa dışında kamusal temin derecesine veya “asgari gelir düzeyi, “iyi bir yaşam sağlama” ve “eşitlikçi yaklaşım” terimlerinin içeriğine göre literatürde farklı tip refah rejimlerinden bahsedilmektedir. Bunlar: korporatist, liberal refah rejimi ve sosyal demokrat refah rejimleridir.

Devleti öncelikli aktör olarak ele alan sosyal demokrat refah rejimlerinde, refahın dağıtımından ve yaratılmasından öncelikli olarak kamu sorumludur. Evrensel refah rejimi olarak da adlandırılan ve İskandinav ülkelerinde görülen bu sistemde metadışlaştırma derecesi en yüksektir (Esping-Andersen, 2010:33). Liberal refah rejimlerinde ise bireylerin refahı piyasa koşullarına bağımlıdır. İngiltere gibi Anglosakson ülkelerinde görülen bu refah rejiminde metadışlaştırma derecesi diğer refah tipolojilerine göre en düşüktür. Korporatist/muhafazakâr olarak tanımlanan ve

Almanya gibi Kıta Avrupası ülkelerinde somutlaşan refah rejiminde ise refahın temelinde aile yer almakta, ailenin yetersizliği durumunda devlete tamamlayıcı bir rol düşmekte ve mesleki dayanışma ilkesi ön plana çıkmaktadır (Gökbayrak, 2010:59).

Güney Avrupa rejimleri ise farklı bir refah rejimi statüsünde değerlendirilmektedir (Ferrera, 1996:197). Oldukça parçalı ve dağınık bir refah sunumu sergileyen İtalya gibi ülkelerde kurumsallaşmış yapılar bulmak daha güçtür. Sosyal yardımlar, daha çok politikacıların kendilerini destekleyenlere sunduğu düzenlemeler olarak ortaya çıkmaktadır. Aile, refahın sunumunda en temel aktördür.

Öte yandan Esping-Andersen refah rejimleri tipolojisinde Japonya başlangıçta kendi özel yapısını korumakla birlikte üçlü sınıflandırmada korporatist refah rejimi tipolojisi içerisine sayılmıştır. Sosyal sigortacılık anlayışının hakim olduğu sistemde aile önemlidir ve metadışlaştırma yüksektir (Esping-Andersen,1999:82).

1970'lerin sonundan itibaren Dünya'da ve özellikle Avrupa'da ortaya çıkan politik ve ekonomik riskler sonrası refah devletinin içeriği değişmiş ve tartışmaya açılmıştır. Siyasal ve ekonomik risklerin yanında bu dönemlerden itibaren yaşlanma ve demografik sorunlar da krizin temel etkenlerinden biri olarak görülmektedir. Refah devletinin krizini aşmaya yönelik uygulanan politikalar daha önceki politikalar üzerine inşa edildiğinden ve köklü değişiklikler yapılması çok mümkün olmadığından, geçmişten kopamama, patika bağımlılığı ortaya çıkmaktadır (Gökbayrak, 2010:15).

Ülkelerin refah rejimi özellikleri, toplumsal ve siyasal koşulları, refah devlet uygulamalarında tarihsel ve kurumsal mirasları, sosyal tarafların gücü ve sosyal diyalog mekanizmalarının varlığı ve etkinliği uygulanacak politikaları ve politikaların gideceği yönü etkileyen temel unsurlardır (Gökbayrak, 2010:15).

Sosyal politikanın bir ürünü olarak uzun dönem bakım hizmetlerini değerlendirirken, refah rejimleri çerçevesinde bakım hizmetinin formel ya da informal

olup olmadığı, bakım hizmetinde bakım sorumluluğunun öncelikli olarak kimde olduğu ve bakım hizmetlerinde ailenin piyasanın ve devletin rolü, bakımın nerede ve nasıl sağlandığı, hizmetlerin kurumsallaşma şekli ve finansmanın nasıl sağlandığına değerlendirmek gerekmektedir (Gökbayrak, 2009:59). Çalışmanın izleyen bölümünde refah rejimi tipolojilerine göre bazı ülkelerdeki uzun dönem bakım hizmetlerine ilişkin farklı modeller değerlendirilecektir.

2.2.1. Evrensel Model: İsveç

Evrensel model ve sosyal refah deyince akla ilk gelen ülkelerden biri olan 10,07 milyon nüfuslu İsveç'te 65 yaş ve üzeri nüfus %20 düzeyindedir. 2050 yılında bu oranın %24,4'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Doğumda yaşam beklentisi erkekler için 80,4 kadınlar için 84,1'dir (SSA, Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2018, 2018:4).

İsveç refah devleti uygulamaları ailenin katılımı gönüllü tutarak bireysel bağımsızlığa, eşitliğe dayalı kurulmuştur. Sosyal demokrat refah rejiminde amaç, sınıflı toplum formunda ekonomik ve sosyal eşitliği sağlamak için politik eşitliği oluşturmaktır. Devlet, piyasaları düzenleyerek sosyal eşitliği sağlar, refahın dağıtılabilir olduğunu kurgusu üzerine dayanmaktadır. 1970'li ve 1980'li yıllarda aktif istihdam politikaları ve cinsiyet eşitliğine dayalı istihdam politikaları devreye sokulmuştur. Kadınların işgücü piyasasında yer almaları için ebeveyn izinleri, bakım için izinler vb. düzenlemeler (sosyal yatırımlar) gerçekleştirilmiştir (Esping-Andersen, 2010:74). Kadınların işgücüne katılım oranı 2016 yılı itibarıyla %79,2'dir. Ailelere bakım sorumluluğu veren herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Devlet, bakım sorumluluğunu üstlenmiştir.

Ülkede emeklilik sistemi üç yapıdan oluşmaktadır. İkametgâh esasına dayalı güvenceli emekli aylığı, tanımlanmış katkı esasına dayalı kazanca bağlı sistem ve

zorunlu bireysel hesaplardan oluşan sistemde emeklilik yaşı esnekler. Güvenceli emekli aylığı 65 yaşında ve gelir testine göre ikametgâh esasına ile ödenmektedir. Diğer aylık türlerinde ise ödemeler 61 yaşından itibaren başlamaktadır (SSA, 2018:348).

Bakım hizmetlerine ilişkin ayrı bir bakım sigortası ya da sistemi bulunmamaktadır. Uzun dönem bakım evrensel sosyal koruma için de değerlendirilmekte ve tüm işlemlerinin yürütümü yerel ihtiyaçlara göre şekillenip değişmektedir.

Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

İsveç'te kamusal bakım hizmetleri çok çeşitli ve kapsayıcıdır. Bu hizmetlerden yararlanma, ikametgâh esasına dayalıdır. Herhangi bir yaş sınır olmadan, kendi kişisel bakımını sağlayamayan ya da hastanede yatmamakla birlikte sağlık anlamında bakım ihtiyacı olan herkese bakım hizmeti sağlanmaktadır. Hizmetlerden yararlanma, gelir testine göre değil ihtiyaç düzeyine göre şekillenmektedir (MISSOC, 2018).

Bakım Hizmetlerinin Yönetimi

Bakım hizmetlerine ilişkin yasal düzenlemelerin yapılmasından ülke genelinde parlamento ve hükümet sorumlu iken, kent konseyleri ve bölgeler ise sağlık ve medikal bakımdan sorumludur. Var olan 290 belediye ise sosyal bakımdan sorumludur (Schön ve Heap, 2018:5).⁶

Bakım hizmetlerinin tamamından sorumlu olan belediyeler iş ve işlemlerinin yürütümünde de görevlidir. Belediyeler, bakım hizmetlerinin yürütümünü kendi personelini ile yapabileceği gibi ayrı bir birim ya da bağımsız organ kurarak da sağlayabilmektedir.

⁶ İsveç'te 21 kent konseyi bulunmaktadır.

Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Beveridge modelinden etkilenen İsveç'te sosyal koruma; istihdam ve çalışma ile ilişkilendirilmeksizin merkezi hükümet tarafından eşitlikçi bir anlayışla herkese sağlanmaktadır. Bu modelde sosyal korumaya ilişkin sağlanan faydalar, yapılan yardımlar vergilerle finanse edilmekte, uygulanmasından ve yürütümünden belediyeler sorumlu olmaktadır (Bocquaire, 2015:3).

Bununla birlikte hizmetlerden yararlanan kişiler az da olsa sisteme katkı yapmaktadırlar. Kişilerin ödedikleri katkı tutarı toplam maliyetin %4 ila %5'i arasındadır. Devlet, bakım işlerinde ödenebilecek üst limiti belirlemiştir. Aylık yaşlı bakımı için en fazla ödedikleri ücret 2,044 İsveç Frangı'dır (210 Avro). Yatağa bağımlı olmayan sağlık bakımı için yıllık en fazla 1,100 İsveç Frangı (113 Avro) ödenmektedir. 85 yaş ve üzeri kişiler bu hizmetler için herhangi bir ücret ödememektedir (MISSOC, 2018).

2014 yılında Gayri Safi Milli Hasılanın %2,9'u uzun dönem bakım hizmetlerine ayrılmıştır.

İsveç'te uzun dönem bakım hizmetlerinde piyasalaşma eğilimi gittikçe artan bir trend olarak karşımıza çıkmaktadır. Rekabeti, hizmeti verenler arasında seçim yapabilmeyi ve çeşitliliği sağlayan kamu tarafından finanse edilen özel bakım seçenekleri artmakla birlikte bunlar kar amaçlı kuruluşlar tarafından da sağlanmaktadır. Ocak 2010 yılında yürürlüğe giren yasa ile temel bakım hizmetlerinin sunumu zorunlu hale gelmiştir. Kent konseyleri ve belediyeler özel bakım klinikleri tarafından sağlanan temel bakım hizmetlerini de finanse etmektedir. Ancak bu bakım merkezlerinin nerede ve nasıl kurulacağına karar verememekte, sadece gelen faturayı ödemektedirler. Zamanla kent konseylerinin ve belediyelerin temel bakım hizmetlerini sağlayan bu

kuruluşları finanse etmeme olasılığı olduğu değerlendirilmektedir (Schön ve Heap, 2018:8).

Bakıma Muhtaçlık ve Bakım Hizmetini Sağlayanlar

Tek bir bakıma muhtaçlık tanımının olmadığı İsveç'te ulusal bir model bulunmamaktadır. Belediyeler başvuru ve değerlendirme süreci oluşturarak işlemleri yürütmektedir. Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu ihtiyaçların değerlendirilmesinde kullanılmak üzere BAS adında bir doküman yayımlamıştır.

Bakım hizmetleri belediyeler tarafından istihdam edilen sosyal çalışmacılar, bakım uzmanları tarafından yürütülmektedir. Kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve bağımsız bakım uzmanları da bakım hizmeti vermektedir.

Yakınlarına bakım sağlayan kişi sayısı, enformel bakım Avrupa geneline göre çok daha düşük düzeydedir (Schön ve Heap, 2018:10).

Bakım Hizmetleri Kapsamında Sağlanan Yardımlar

Uzun dönem bakım yardımları ülkede genel olarak aynı yardımlar şeklinde düzenlenmiştir. Birkaç belediyede nakit yardım hizmeti bulunmakla birlikte çok nadirdir. Enformel bakıcılar için nakit ödemeleri de bazı belediyelerde uygulanmaktadır.

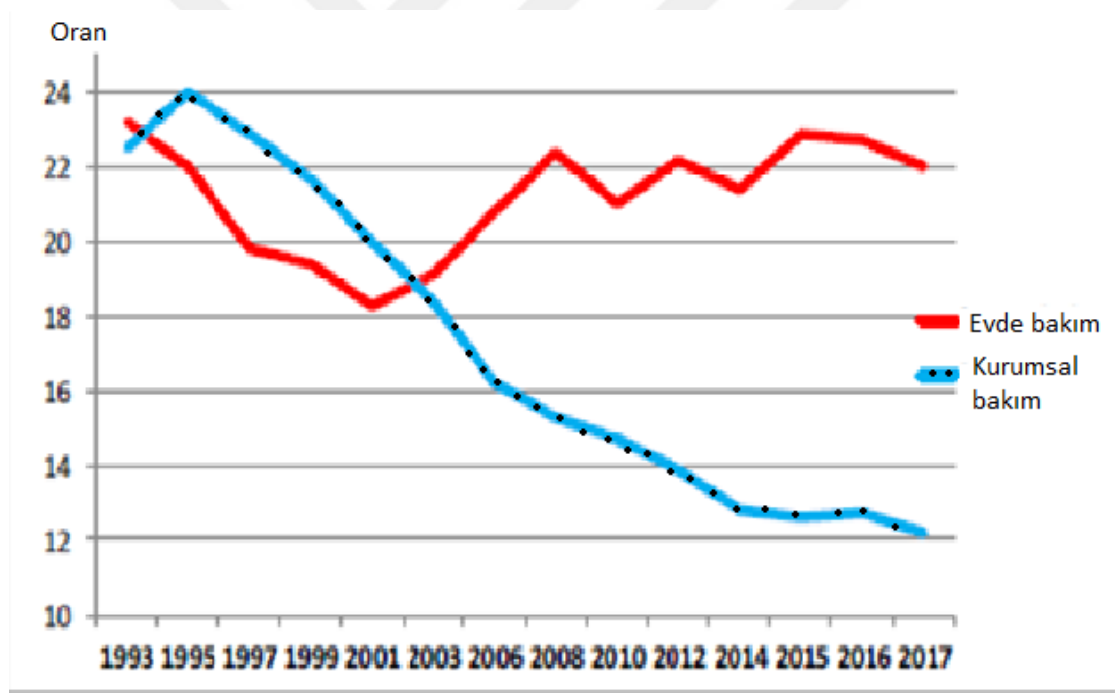
Uzun dönem bakım hizmetlerinde en yaygın uygulama evde bakım (home-help system) hizmetidir. Yerinde yaşlanma politikası son dönemde yoğun olarak uygulanmaktadır. Bu politikanın da etkisi ile 2000'lerin başından itibaren kurumsal bakım hizmetlerinde sağlanan yatak sayısı %30'lar düzeyine gerilemiştir (Schön ve Heap, 2018:4). Ülke de 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %74'ü evde bakım hizmeti almaktadır (OECD, 2018:207). Sağlık anlamında bakıma ihtiyaç duyan kişilere evlerinde sosyal bakım hizmeti de verilmektedir. Bakıma ihtiyaç duyan kişilerin talepleri ve ihtiyaçları halinde günlük temizlik, bakım, ilaçlarını verme gibi işlemleri

için bir yardımcı atanabilmektedir. Belediyeler yardımcı bakım elemanın kaç saat o kişiye hizmet sunacaklarını her kişinin ayrı ayrı durumlarını değerlendirerek karar vermektedir.

Yarı zamanlı bakım hizmetleri kapsamında gündüz bakım evleri de bakım hizmeti sağlamaktadır. Ayrıca demans hastaları için grup evleri bulunmaktadır (Schön ve Heao, 2018: 5).

Daha yoğun bakıma ihtiyaç duyan kişilere (Alzheimer hastaları, yatağa bağımlı hastalar vs.) özel evlerde bakım ya da kurumsal bakım merkezlerinde bakım hizmeti verilmektedir (MISSOC, 2018).

Grafik 18: İsveç'te Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Gelişimi



Kaynak: Schön ve Heap, 2018:7.

Grafik 18'de İsveç'te uzun dönem bakım hizmetlerinde kurumsal ve evde bakım hizmetlerinin değişimi görülmektedir. Grafikten de anlaşılacağı üzere kurumsal bakım hizmetleri azalma trendindeyken yerinde bakım politikasının da etkisi ile evde bakım uygulamaları artmaktadır.

Kasım 2012 de yürürlüğe giren düzenleme ile eşlerden birisinin yoğun bakıma ihtiyaç duyması ve talebi halinde çiftler ayrılmadan bakım odasına ya da özel olarak hazırlanmış bir apartmana taşınıp orada yaşayabilmektedirler.

Bu hizmetlerin yanı sıra rehabilitasyon, güvenlik alarmları, yaşanılan evi bakıma muhtaç kişiye uygun hale getirme hizmetleri de sağlanan yardımlar arasındadır (MISSOC, 2018).

Nakit yardımları çok az belediyede uygulanmakla birlikte ulusal düzeyde bulunmamaktadır. Sistem aynı yardımlar üzerine kurgulanmıştır. Nakit yardımları bakım ödeneği ile aileden birinin bakması durumunda o kişiye ödenen bakıcı ödeneği olmak üzere iki çeşittir. Bakıcı ödeneğinde belediyeler kişiyi bakım için istihdam etmiş gibi sayılmaktadır (Schön ve Heap, 2018:8).

Emekli aylıkları düşük olan kişilere devlet tarafından finanse edilen gelir testine göre evli olup olmadığına göre değişen miktarlarda 5,136 İsveç Frangı'na (528 Avro) kadar konut yardımı yapılmaktadır. Sağlanan yardımlar vergiden muaftır (MISSOC, 2018).

2.2.2. Sosyal Sigorta Modeli: Almanya

Muhafazakâr refah rejimi deyince akla ilk ülke Almanya'dır. Sosyal bütünün ve statükonun korunması, merkezi değerlere sahip çıkarak bir sosyal koruma sağlamayı amaçlayan muhafazakâr refah rejimlerinde hiyerarşinin en altında aile, en üstünde ulusal devlet yer almaktadır. Temel refah unsurları, sosyal haklar sosyal sigorta temeli üzerinden karşılanmaktadır.

2018 yılında 82,7 milyon nüfusu olan Almanya'da 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %21,5'tir (SSA, 2018:21). 2050 yılı itibarıyla bu oranın %30'lar düzeyine çıkması beklenmektedir (OECD, 2018). Emeklilik yaşı 2018 yılı itibarıyla kadın ve

erkek için 65 yaş 7 ay olup, kademeli olarak artırılmaktadır. 2029 yılında emeklilik yaşının 69 yaşına çıkması planlanmaktadır.

Almanya’da sosyal güvenlik sistemi, 19. Yüzyılda dönemin şansölyesi Otto Von Bismarck tarafından kurulan sosyal sigortacılık anlayışı temeline dayanan bir sistemdir. Bismarck 1883 yılında Hastalık Sigortası, 1884 yılında İş Kazası Sigortası ve 1889 yılında ise Yaşlılık ve Maluliyet Sigorta kollarını hayata geçirmiştir. Sosyal sigortacılık anlayışı; çalışanların ve işverenlerin belirli bir oranda prim ödeyerek katkıda bulunduğu, olay gerçekleşikten sonra tazmin edici bir yaklaşım sergilemeye yönelik korporatist politikalarından oluşmaktadır. Uzun dönem bakım sigortası da Bismarkian sistem temelinde çalışma esasına dayalı olarak kurulmuştur (Bocquaire, 2015:3).

Almanya’da uzun dönem bakım sigortası (Pflegeversicherung) 1974 yılında Alman Yaşlılık Derneği tarafından yayımlanan bakıma muhtaçlık halinin önlem alınabilir bir risk olduğuna dair başlattığı siyasi tartışmalar sonucu, 1995 yılında yaşlılık, malullük, ölüm, analık sigorta kolları gibi ayrı bir sigorta kolu olarak düzenlenmiş ve yürürlüğe girmiştir (Metin, 2014:3).

Almanya’da ayrıca vergilerle finanse edilen ve uzun dönem bakım sigortası kapsamında bulunmayan kişiler için sosyal yardımlar kapsamında “bakım için yardım” (Hilfe zur Pflege) sistemi bulunmaktadır. Bu sistem kapsamında yapılan nakdi yardımlardan yararlanabilmek için kişiler, gelir ve varlıklarının değerlendirildiği gelir testine tabi tutulmaktadır (MISSOC, 2018).

Bakım Sigortasının Kapsamı

Almanya’da uzun dönem bakım sigortası, sosyal bakım sigortası (SPV) ve bireysel bakım sigortası (PPV) olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır. Ülkede yaşayan herkesin prensip olarak sosyal bakım sigortası (SPV) ya da bireysel bakım sigortası (PPV) kapsamında bulunması zorunludur. Sigortalılarına aynı hakları sağlayan

iki sistemden hangisi kapsamında sigortalı olabileceklerini vatandaşların seçme hakkı bulunmaktadır (MISSOC, 2018).

2009 yılından itibaren zorunlu veya özel sağlık sigortalarına üyelik, herkes için bir mecburiyet haline gelmiştir. Zorunlu ve özel sağlık sigortası kapsamında bulunan kişiler (hastalık kasasına üye kişiler⁷) aynı zamanda uzun dönem bakım sigortası kapsamında da yer almaktadır. 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren kişiler ayrıca isterlerse bakım ihtiyacı ortaya çıkmadan devlet garantisinde tamamlayıcı ek bireysel bakım sigortası da yaptırabilmektedirler (MISSOC, 2018).

Kurulduğu günden bu yana pek çok değişiklik yapılan uzun dönem bakım sigortası yasasında 2017 yılında kapsamlı bir reform yürürlüğe girmiştir. Yeni düzenleme ile demans gibi mental bozuklukların tanımlanması ve sistem içerisinde yer alabilmeleri için bakıma muhtaçlık derecesinin tanımı değiştirilmiştir. Ayrıca bakım dereceleri artırılarak üçten beşe çıkarılmış, bireylerin bakım ihtiyaçları daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Yasada değişiklik yapılmasının nedenleri arasında sağlık ve bakım servisleri arasında koordinasyonun, yarı zamanlı (semi-residential) bakım olanaklarının artırılması ve evde bakım ve toplumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesi yer almaktadır. Yapılan reform ile uzun dönem bakım sigortası kapsamında bakıma muhtaç kişi olarak tanımlanan kişi sayısı artmıştır (Germany Federal Ministry of Health, 2017:3). 2015 yılında uzun dönem bakım sigortası kapsamından faydalanan kişi sayısı 2,86 milyon kişi iken yapılan kapsam genişlemesinin de etkisi ile 2017 de bu sayı 3,41 milyon kişiye çıkmıştır (Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019).

Tablo 6’da 2017 yılında Alman uzun dönem bakım sigortası kapsamında hizmet alan kişi sayısı görülmektedir. Yaklaşık 3,4 milyon kişi bakım hizmetlerinden

⁷ Almanya’da sağlık sistemi hastalık kasaları üzerinden yürümektedir. Sosyal güvenlik alanındaki primleri toplamakla yükümlü kurumlar hastalık kasalarıdır.

yararlanmakta ve bunların %62,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Bununla birlikte dikkat çeken diğer husus, evde bakım hizmetlerinin oranının %76 ile kurumsal ve yarı zamanlı bakım hizmetlerinin oranından daha yüksek oranda tercih ediliyor olmasıdır. Enformel bakım hizmetleri %51,7 ile toplam bakım hizmetlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Tablo 6: Almanya'da Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinden Faydalanan Kişi Sayısı, Cinsiyeti, Bakım Türlerine Göre Dağılımı (2017)

Bakım Türü	Bakıma İhtiyaç Duyan/ Bakım Hizmeti Alan Kişi Sayısı			Bakıma İhtiyaç Duyan Kişiler Arasındaki Oranı (%)
	Sayı	Kadın (%)	Erkek (%)	
Evde Bakım	2.594.862	60,5	39,5	76
Enformel Bakım	1.764.904	57,7	42,3	51,7
Enformel+ Formel Bakım	829.958	66,5	33,5	24,3
Tam Zamanlı Kurumsal Bakım	818.289	70,4	29,6	24
Kısmi Zamanlı Bakım	1.227	75,5	24,5	0
Toplam	3.414.378	62,9	37,1	100

Kaynak: Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019.

Bakım Sigortasının Yönetimi

Almanya'da uzun dönem bakım sigortasından ülke genelinde Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bakım sigortasının uygulayıcı kurumları ise hastalık kasası bünyesinde kurulmuş bakım kasalarıdır. Bakım kasaları, kamu tüzel kişiliği bulunan özerk birer kurumdur. Bakım kasalarında çalışan kişilerin işvereni bakım kasasının bağlı bulunduğu hastalık kasasıdır (Metin, 2014:44). Kamuya ait bakım kasalarının sayısı, hastalık kasaları ile aynı olup 2018 yılı itibarıyla 118 adettir⁸ (Alman Kamu Hastalık Kasaları Çatı Örgütü, 2019). Özel bakım kasalarının sayısı ise 2018 itibarıyla 41'dir (Alman Özel Hastalık Kasaları Çatı Örgütü, 2019). Kamuya ve özel sektöre ait bakım kasalarının bağlı olduğu ayrı birer üst örgüt bulunmaktadır. Kamu ve özel bakım

⁸ Almanya'da hastalık kasalarının sayısı 1970'lerde 1118 iken yönetim kolaylığı sağlayabilmek için sayıları giderek düşürülmüştür.

kasalarının yanı sıra madenciler, demiryolu ve su altı çalışanlar, esnaflar için ayrı kasalar mevcuttur (MISSOC, 2018).

Bakım kasaları, hizmeti finanse eden kuruluşlar olarak bakım hizmeti sunan kurumlarla, bağımsız bakım uzmanları ile sözleşme imzalayarak bakıma muhtaç kişilerin bu kurum ve kuruluşlardan/kişilerden hizmet almalarını sağlarlar.

Bakım hizmetleri ile ilgili olanaklardan ve bakım hizmetlerinin yürütümü ve içeriğinden ise genel olarak federal devletler sorumlu bulunmaktadır (MISSOC, 2018). Bakım kasaları idari ve mali açıdan her beş yılda bir denetlenmektedir.

Bakım Sigortasının Finansmanı

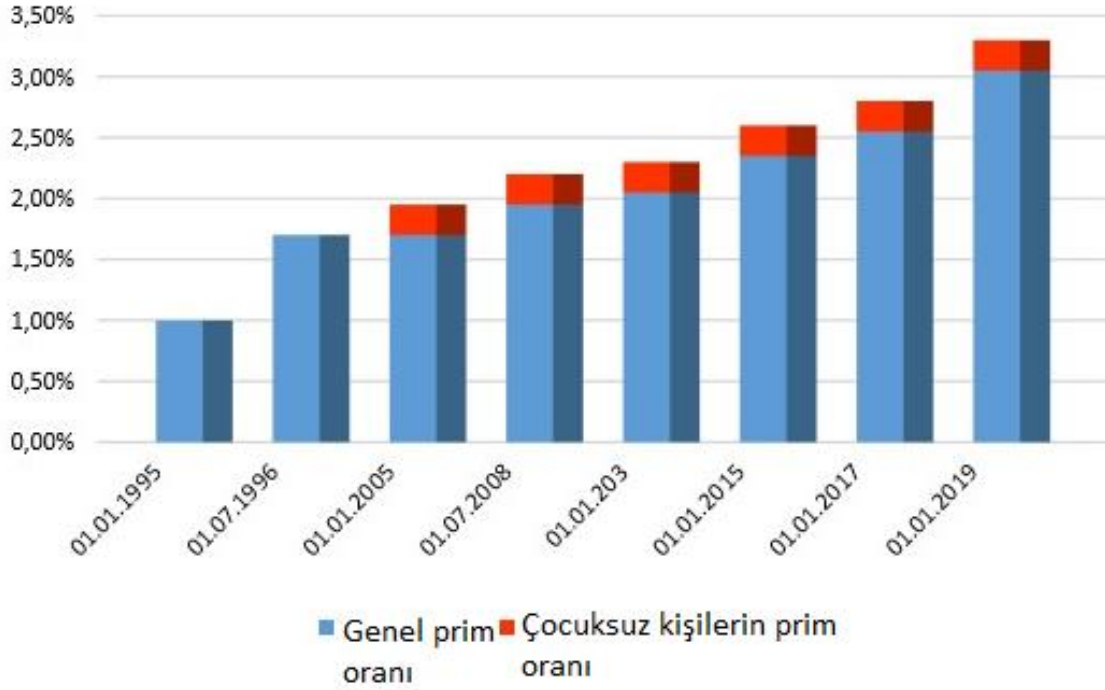
Sosyal sigortalara devlet tarafından yapılan harcamalar Almanya'da da yüksek düzeydedir. Buna göre 1.367.850 milyon Avro (€) olan 2017 kamu harcamalarının 624.924 milyon Avrosu yani yaklaşık %45'i sosyal sigortalara yapılan harcamalardan oluşmaktadır.

Uzun dönem bakım sistemi katkı esasına dayalı, işçi ve işçilerin ödediği primlerle finanse edilen bir sigortacılık sistemidir. Sistemde prim oranı işçi ve işveren payı aynı olup, 2019 yılı Ocak ayından itibaren aylık prime esas kazancının %1,525'i olmak üzere toplamda %3,05'dir. (Saxony Eyaletinde bu oran işçi ve işveren payı %1,775 olmak üzere toplamda %3,55'dir.) 23 yaşından büyük çocuğu olmayan sigortalılar bu prim oranına ilaveten aylık prime esas kazançlarının 0,25'i kadar ilave prim ödemektedirler (SSA, 2018:135). Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocukları da bakım sigortasının sağladığı haklardan yararlanabilmektedir. 1995 yılından itibaren bakım sigortası prim oranları Grafik 19'da gösterilmektedir. Grafikten de anlaşılacağı üzere bakım ihtiyacının artması ile birlikte 1995 yılında %1 olan prim oranı %3,05 düzeyine yükselmiştir.⁹

⁹ Grafik 19'da kırmızı alan çocukları olmayanların ödediği ilave prim oranını göstermektedir.



Grafik 19: Alman Uzun Dönem Bakım Sigortası Prim Oranlarının Yıllar İtibarıyla Değişimi



Kaynak: Alman Sosyal Sigorta Kurumu, 2018.

Alman Sosyal Güvenlik Kanununun 11 inci kitabında düzenlenen uzun dönem bakım sigortası, bakımla ilişkili harcamaları kapsayan bir geri ödeme sistemi üzerine kurgulanmıştır. Bakım kasaları, bakım hizmetinin sunumundan değil, finansmanından sorumludur. Uzun dönem bakım sigortası kurumları, hizmet sağlayıcı değil hizmeti finanse eden kurumlardır.

Almanya’da sağlık harcamaları içinde bakım hizmetlerine (nursing care) ödenen miktar 70,2 milyon Avro (€) ile toplam sağlık harcamalarının %19’unu oluşturmaktadır (Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019).

Öte yandan sağlanan hizmetlerdeki fiyat artışları nedeniyle kişilerin bakım için ödedikleri miktar giderek artmaktadır. 2014 yılı itibarıyla uzun dönem bakıma harcanan toplam tutarın %36,6’sı bireysel harcamalardan oluşmaktadır.

2017 yılında yapılan reform ile uzun dönem bakım sigortası kapsamında yapılan harcamaların her yıl için 20 milyar Avro (€) artacağı öngörülmektedir.

Bakıma Muhtaçlık Halinin Tespit Edilmesi

Uzun dönem bakım sigortası kapsamında bakıma muhtaçlık; fiziksel, zihinsel veya ruhsal olarak sağlığındaki bozulma ya da engellilik durumu, başkasının yardımı olmadan bağımsız olarak günlük ve olağan işlerini yapamama ve bu durumun sürekli (süreklilik en az 6 ay olarak tanımlanmıştır) olması hali olarak tanımlanmıştır. Uzun dönem bakım sigortası kapsamından yararlanabilmek için herhangi bir yaş sınırı bulunmamaktadır.

Bakıma muhtaçlık hali, 1 Ocak 2017'de uygulamaya giren yeni düzenleme ile beş derece olarak sınıflandırılmıştır;

1. Derece: %12,5 ila %27 arasında puanlandırılanlar: öz bakımda ya da becerilerde az miktarda kısıtlılık, engellilik
2. Derece: %27 ila %47,5 arasında puanlandırılanlar: öz bakımda ya da becerilerde anlamlı miktarda kısıtlılık, engellilik
3. Derece: %47,5 ila %70 arasında puanlandırılanlar: öz bakımda ya da becerilerde ciddi miktarda kısıtlılık, engellilik
4. Derece: %70 ila %90 arasında puanlandırılanlar: öz bakımda ya da becerilerde ağır kısıtlılık, engellilik
5. Derece: %90 ila %100 arasında puanlandırılanlar: öz bakımda ya da becerilerde çok ağır kısıtlılık, engellilik

Sigortalıların uzun dönem bakım sigortası kapsamında sağlanan yardımlardan faydalanabilmeleri için yapılacak değerlendirme sonucu bu beş bakım derecesinden birisinde yer almaları gerekmektedir. Sigortalılar değerlendirmede en az %12,5'lük kişisel bakıma ya da engelliliğe sahiplerse birinci derece bakıma muhtaç sayılırlar ve bakım sigortası kapsamında sağlanan yardımlardan kısıtlı olarak faydalanabilmektedirler. Sağlık birimlerince yapılan değerlendirme sonucu ikinci derece

ve üstünde bakıma muhtaç olan kişiler ise sağlanan yardımların tümünden faydalanma hakkına sahiptirler (MISSOC, 2018).

Bakıma muhtaçlık durumunun tespiti hastalık kasasının sağlık birimlerince yapılmaktadır.¹⁰ Sigortalılar bakım sigortalarına başvurarak bakıma muhtaçlık hallerinin tespit edilmesini talep ederler. Bakım sigortası kasası kişinin bakıma muhtaçlık durumunu, süresini değerlendirmek için bir bilirkişi atamaktadır. Bilirkişi, bakıma muhtaçlık halini değerlendirirken Sağlık Sigortası Sağlık Kurulu tarafından tanımlanan ve başkasına muhtaçlık, bağımsız yaşama hallerini altı kategori açısından inceleyerek karar vermektedir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Hareketlilik: merdivenleri çıkabilme, yaşadığı çevrede gezebilme, yürüyebilme
2. Bilişsel ve iletişim becerileri: geçici durumlara ve mekanlara uyum sağlayabilme, konuşmalara katılma
3. Kendi kendine özbakımını yapabilme: yemek yiyebilme, bir şeyler içebilme, bulaşıkları yıkama, kendi kendine giyinme, tuvaleti kullanabilme.
4. Davranışsal ve psikolojik problemler: geceleri rahat uyuyamama, bakım hizmetlerine karşı tepki gösterme
5. Hastalandığında tek başına idare edememe: ilaçlarını zamanında ve uygun bir şekilde alamama, doktora gidememe, varsa şekerini ölçememe, doktoru tek başına ziyaret edememe.
6. Günlük yaşamını kendi organize edip sosyal ilişkiler geliştirememe.

Kişinin ev dışı yaşamı da değerlendirildikten sonra bakıma ihtiyaç duyma durumu, bakım derecesi belirlenmektedir.

¹⁰ Almanya'da genel olarak sosyal güvenlik sisteminde primler hastalık kasaları tarafından toplanır. Toplanan primler sigorta kollarına göre ilgili kurumlara aktarılır ve kurumlar sigortalılarına sosyal güvenlik kapsamında haklarını sunmaktadırlar.

1 Ocak 2019 yılından itibaren kişilerin bakım ihtiyaçları, durumları ve mevcut koşulları ara ara değerlendirmeye tabi tutularak herhangi bir değişiklik olması durumunda yararlandıkları haklarda da değişikliğe gidilmesi öngörülmüştür (MISSOC, 2018).

Bakım Hizmetlerini Sağlayanlar

Almanya'da bakım sigortası kapsamında sigortalılara hizmet sağlayan profesyonel şirketler, bağımsız bakım uzmanları ve enformel bakıcılar bulunmaktadır.

Almanya'da yaşlı nüfusun yoğunluğu nedeniyle de bakım hizmeti veren kurum ve kuruluşlar çeşitlendirilmiştir. Kurumsal bakım uygulamaları, gündüz ya da yatılı bakım hizmetleri veren kuruluşlar, apart huzurevleri çok yaygın bir şekilde görülmektedir (Gerlinger, 2018:7).

Uzun dönem bakım sigortası kasaları, sigortalılarına hizmet sunabilmek için ayakta tedavi ve yatarak tedavi sağlayan bakım kurumlarıyla ve bireysel bağımsız bakıcılarla sözleşme yapmaktadır. Sigortalılar bu kişi ve merkezlerden hizmeti almaktadır (MISSOC, 2018).

Bağımsız bakım uzmanları, herhangi bir merkezde çalışmayan, bakıma muhtaç kişilere bağımsız hizmet sağlayan profesyonel anlamda eğitilmiş uzman kişilerdir. Bakım kasalarıyla yaptıkları sözleşme kapsamında bakıma muhtaç kişilere hizmet sağlarlar. Bakım kasasınınca ödemeler bu kişilere de yapılabilmektedir (MISSOC, 2018).

Bağımsız bakım uzmanı olabilmek için 3 yıllık bir teorik ve uygulamalı eğitimden geçmek gerekmektedir. Eğitimin sonunda yapılacak sınavda başarılı olanlar bağımsız bakım uzmanı olarak çalışabilmektedir (MISSOC, 2018).

Almanya'da 2017 yılı itibarıyla bakım evlerinde çalışan toplam kişi sayısı 765 bin iken evde bakım hizmeti sunan kişilerin sayısı ise 390 bindir. Bu kişilerin de

yaklaşık %28'i tam zamanlı çalışmaktadır (Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019).

Enformel bakıcılar, bakıma ihtiyaç duyan kişilerin kendi çevrelerindeki akrabaları, komşuları ve arkadaşları olan kişilerden ticari amaç gütmeyip bakıma muhtaç kişilere günlük faaliyetlerini sürdürmede yardımcı olan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilerin de bakım sunabilmek için yetkili birimler tarafından onaylanması zorunludur (MISSOC, 2018).

Bakıma ihtiyaç duyan ve bakım derecesi 2 ila 5 arasında olan kişilerin bakımları aile bireylerinden biri ya da diğer onaylı bakıcılardan biri tarafından sağlanması halinde bu kişiler işsizlik ve emeklilik ve iş kazası kapsamında sigortalanmaktadır. Bakım sağlayan kişilerin sigorta kapsamına alınabilmesi için haftalık en az 10 saat, düzenli olarak en az 2 gün olmak üzere ev içerisinde bakım hizmeti sağlamaları gerekmektedir. Bu kişilerin işsizlik ve emeklilik primleri bakım sigortasından karşılanmaktadır. İş kazası sigortası için ise herhangi bir prim ödenmemektedir (MISSOC, 2018).

Nakdi yardımdan yararlanan kişilerin bakımlarını sağlayan bireyleri kendileri seçmeleri ve bulmaları ile bakım hizmetleri kapsamında göçmen emeğini de beraberinde getirmektedir. Özellikle nakdi yardımları seçen kişiler göçmen emeğine yönelmektedir. Almanya'da göçmenlerin bakım emeğinde kullanılması çok yaygındır. Özellikle Doğu Avrupa'dan gelen göçmenlere aracılık eden pek çok firma da bulunmaktadır (Frerk, vd, 2018).

Zamana dayalı bakım sunumu açısından Almanya'da gerek doğum oranlarının düşük olması gerek yaşlı nüfusun artması nedeniyle çalışan kişilere yakınlarının bakımını sağlamaları amacıyla izin hakkı tanınmıştır. Evde Bakım İçin İşten İzin Yasası (Home Care Leave Act) kapsamında çalışanlara 10 güne kadar bakıma ihtiyaç duyan kişinin bakılacak yeri, kim tarafından nasıl bakılacağı gibi işlerinin organize edilmesi

için izin verilebilmektedir. Öte yandan 15 kişiden fazla çalışanı olan işyerlerinde çalışan kişilere 6 aya kadar yakınlarının bakımı için yarı zamanlı ya da tam zamanlı izin verilebilmektedir. Ayrıca yaşamının son evrelerinde hasta olan yakınlarına bakmak ve yanlarında bulunabilmeleri için kişilere 3 aya kadar izin uygulaması da bulunmaktadır. Ayrıca Family Care Leave Act yasası kapsamında çalışanlar yakın akrabalarına bakmak için 24 aya kadar ücretsiz izin alabilmektedirler (MISSOC, 2018).

Bakım Sigortasından Sağlanan Faydalar

Almanya'da uzun dönem bakım sigortasından sağlanan yardımlar temelde aynı yardımlar ve nakdi yardımlar olarak ayrılmaktadır. Bakıma muhtaç kişiler nakdi yardım ya da aynı yardımlardan istediklerini seçebilmekte, dilerlerse bakım hizmetlerinin bir kısmını aynı yardımlardan, bir kısmını ise kendi buldukları kişilerden sağlayarak karşılayabilmektedirler. Ancak bakıma muhtaç kişilerin bakıma yönelik yaptıkları tüm masraflar, sigorta kapsamında karşılanmamaktadır. Aynı ve nakdi yardımların dışında sigortalılar yaptıkları masrafları kendileri karşılamakta, eğer karşılayacak maddi durumları yoksa sosyal yardımlardan faydalanabilmektedir (Gerlinger, 2018:8).

Aynı yardımlar evde bakım, yarı zamanlı (semi-residential care) bakım ve kurumsal bakım hizmetleri başta olmak üzere diğer aynı yardımlardır. Bakıma muhtaç kişiler evde bakım hizmetlerini, bakıma muhtaçlık derecelerine göre ev temizliği, kişisel temizlik, hastabakıcı vb. hizmetleri sunan kuruluşlardan ya da bağımsız bakım uzmanlarından karşılayabilmektedirler (MISSOC, 2018).

Evde bakım hizmetinden yararlanan kişilere bakım sigortası kapsamında yakınları ile beraber bakım ile ilgili danışmanlık hizmetleri de sunulmaktadır. Evde bakım parası alan kişiler danışmanlık hizmeti almamaları halinde aldıkları yardımlar kesilebilmektedir. (MISSOC, 2018)

Evde bakım hizmetine ödenen miktarın yanı sıra bakıma muhtaç kişilerin gece ya da gündüz bir bakım merkezinden yararlanmaları durumunda (yarı zamanlı bakım) bakıma muhtaçlık derecelerine göre ilave hizmetler sağlanmaktadır (SSA, 2018:136).

2017 yılında yürürlüğe giren reform ile kısmı yatılı ya da yarı zamanlı bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kişilerin evlerinde bakımlarının yapılmasının yanı sıra belirli zamanlarda buralardan hizmet almaları amaçlanmıştır (MISSOC, 2018).

Almanya'daki bakım merkezlerinde apart huzurevlerinden, ortak mutfaklı apart dairelerden ve bakım merkezleri bulunmaktadır. Apart huzurevlerinde ve dairelerde tek başlarına kendi işlerini göremeyecek kişilerin bakım hizmetlerinde ve ev işlerinde yardım sağlanır (Metin, 2014:35).

Uzun dönem bakım sigortası kapsamında kurumsal bakım hizmetlerinden yararlananlara, merkezlerde kalanlara sağlık ve bakım masraflarını karşılamak için bakım derecelerine göre maktu tutarlar ödenmektedir (MISSOC, 2018).

Tablo 7'de evde bakım hizmetlerinden, yarı zamanlı hizmetlerden ve kurumsal bakım hizmetlerinden faydalanan kişilere, hizmet sunanlara bakım kasalarından ödenebilecek en yüksek tutarlar görülmektedir. Tabloların incelenmesinden anlaşılacağı üzere bakıma muhtaçlık derecesi arttıkça ödenen maktu tutar da artmaktadır. Kurumsal bakımda ileri derecelerde daha yüksek tutarlar ödenmektedir. Bu tutarlara ilave olarak evde bakıma 40 Avro (€) verilmekte, ayrıca bakıcının izinli olacağı dönemlerde ek bakıcı için ödeme yapılabilmektedir. Ayrıca yaşam koşullarının iyileştirilmesi (evin bakıma muhtaç kişinin yaşayabileceği duruma getirilmesi) için yapılan masrafların uygun hale getirilmesi) 4.000 avroya kadar olan kısmı karşılanmaktadır.

Tablo 7: Almanya’da Bakıma Muhtaçlık Derecelerine Göre Evde/Yarı Konut Bakımında/ Kurumsal Bakım Hizmetlerine Ödenen Tutarlar

Evde Bakım/Aylık Azami Ödenen Tutar	
Bakıma Muhtaçlık Derecesi	Ödenen Tutar (Avro)
1	125
2	689
3	1.298
4	1.612
5	1.995

Yarı Konut Bakımı/ Semi Residential Care/Aylık Azami Tutar	
Bakıma Muhtaçlık Derecesi	Ödenen Tutar (Avro)
1	125
2	689
3	1.298
4	1.612
5	1.995

Kurumsal Bakıma Ödenen Tutar	
Bakıma Muhtaçlık Derecesi	Ödenen Tutar (Avro)
1	125
2	770
3	1.262
4	1.775
5	2.005

Kaynak: MISSOC, 2018.

Bir çalışmaya göre bakım sigortası kapsamında ödenen maktu tutarlar, toplam maliyeti karşılamamakta kişiler aylık 1.691 Avro (€) ortalama ek harcama yapmak durumunda kalmaktadırlar. (Gerlinger, 2018:8).

Tablo 8: Bakım Hizmetlerinden Faydalanan Kişilerin Bakım Derecelerine Göre Dağılımı (2017)

Bakım Türü	Bakım Derecesi (%)					Toplam (%100)
	1	2	3	4	5	
Evde Bakım	1,4	53,7	29,5	11,9	3,5	100
Enformel Bakım		56,4	29,5	11,3	2,8	100
Enformel+ Formel bakım	4,5	47,7	29,5	13,2	5	100
Tam Zamanlı Kurumsal Bakım	0,9	21,4	31,7	29,6	16,3	100
Kısmi Zamanlı Bakım	100	-	-	-	-	100

Kaynak: Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019.

2017 yılı itibarıyla Almanya’da bakım hizmeti alan kişilerin bakım derecesine göre dağılımlarını incelediğimizde bir ve ikinci derecelerde bakıma ihtiyaç duyan kişilerin daha çok evde bakımı özellikle de enformel bakımı tercih ettikleri görülmektedir. (Tablo 9) Enformel bakım hizmeti alanların %56,4ü ikinci derece bakıma ihtiyaç duyan kişilerdir. 2017 verilerine göre Almanya’da tam zamanlı kurumsal bakım hizmetlerini tercih edenler daha ağır derecede bakıma ihtiyaç duyan kişilerdir.

Tablo 9: Almanya’da Kurumsal Bakım Hizmeti Sağlayan Merkezlerin Hizmeti Sağlayanlara Göre Sayıları ve Kapasiteleri

Bakım Hizmetini Sağlayan Kurum	Merkez Sayısı	Merkez Kapasitesi
Kamu Kurumsal Bakım Merkezleri	659	56.524
Özel Sektör	5.737	363.532
Kar Amacı Gütmeyen Kuruluşlar	7.200	508.883
Toplam	13.596	928.939

Kaynak: Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019.

Almanya İstatistik Kurumunun 2019 yılı verilerine göre oluşturulan Tablo 8’e göre Almanya’da toplam 13.596 kurumsal bakım hizmeti veren merkez bulunmakta olup, bunların yarısından fazlası (%52’si) kiliselerin de içinde olduğu kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Toplamda günlük ve geceli kalmalı yarı zamanlı bakım hizmeti veren merkez sayısı 14.480’dir (Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt, 2019).

Kurumsal bakım hizmeti alan ve bakıma muhtaçlık dereceleri 2 ila 5 arasında olan kişilere, yıllık 8 hafta için kurumsal merkezde bakıcı olmaması ya da yatılı başka yerde kalabilmeleri için 1.612 Avro (€) ilave miktar tahsis edilmektedir. Bu sürede normal bakım ödeneklerinin yarısı da ödenmeye devam etmektedir. Kısa dönemli bakım hizmeti için bakım kasalarının ödeme yapabilmesi için bakım merkezi olarak tanımlanması gerekmekte, merkezlerin engelli veya yaşlı bakım merkezi olması durumunda da bakım kasaları tarafından ödeme yapılabilmektedir. Ödenen tutar koruyucu bakım uygulamaları için 3.224 avroya kadar çıkabilmektedir (MISSOC,

2018). Kısa dönemli bakım parası ile bakıma muhtaç kişiler sağlık turizmi kapsamında farklı ülkelere de gidebilmektedirler. Bu kişilerin özellikle sağlık turizmi açısından tercih ettikleri ülkelerden biri de Türkiye'dir.

Alman uzun dönem bakım sigortası, bakıma muhtaç kişilerin mümkün olduğunca evde ve aile içerisinde bakımını desteklemektedir. Bakım sigortası kapsamında doğrudan bakıma muhtaç kişilere yapılan nakdi yardımlar da bulunmaktadır. Bakıma muhtaçlık derecesi 2 ila 5 arasında olan kişilere bakımı için ihtiyacı olan ev temizliği, kişisel bakım vb. hizmetler için aylık 316 Avro (€) ile 901 Avro (€) arasında bakım kasasınınca ödeme yapılmaktadır. (care allowance Pflegegeld) Nakdi yardımdan yararlanmak isteyen bakıma muhtaç kişiler, bu hizmetleri yapacak kişileri kendileri bulmaktadır (MISSOC, 2018).

Bakım parası olarak da adlandırılabilir nakdi yardımlar, daha çok bakıma ihtiyaç duyan kişilerin aile bireyleri tarafından bakılmasını desteklemektedir. Bu sistemde aile bireylerine bakımın nasıl yapılacağına dair eğitimler verilmekte, düzenli danışmanlık hizmetleri sağlanmaktadır. Ayrıca sigortalılar rehabilitasyon ve önleyici sağlık hizmetlerinden de bakım sigortası kapsamında yararlanabilmektedir (Metin, 2014:42).

Almanya'da uzun dönem bakım sigortasından yararlanan kişilerin %80'i nakdi yardımı tercih etmiştir. 2016 yılında 31 milyar Avro (€) nakdi yardım olarak ödenmiş ve bu tutar toplam uzun dönem bakım harcamalarının %64'ünü oluşturmuştur (Germany Federal Ministry of Health, 2017:2).

2.2.3. Liberal Model: İngiltere

Sanayi devrimi, endüstrileşme ve sosyal haklar deyince akla gelen ilk ülke anglo-sakson geleneğin öncüsü İngiltere'de II. Dünya Savaşı sonrası sosyal güvenlikte yeni anlayış gelişmiştir. 1942 yılında William Henry Beveridge tarafından yayımlanan

sosyal refahın kurgulandığı Beveridge Raporunun etkisi ile de sosyal güvenlikte tazmin edici sistemden önleyici sisteme geçilmiştir. Kamuyu refahın paylaşımında etkin bir konuma sokan yeni düzenlemeler ile yoksulluk, tembellik, cehalet, sefalet ve hastalıkla mücadele edilmesi için pek çok yasa çıkarılmıştır (Fişek, 2012). Sosyal güvenlik sistemi teklik esasına dayalı olup, tüm nüfusu kapsamaktadır. Sistem bireysellik, özgürlük ve piyasaya dayanmaktadır. Refah rejimi, sosyal eşitliği sağlamaktan çok 18. yy Yoksulluk Yasalarının çıktığı ülkede geçmişe atıfla yoksulluğu önlemeye yöneliktir.

2018 itibarıyla 66,02 milyon nüfuslu İngiltere’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %18,5 tir (SSA, 2018:21). Almanya ve İtalya’ya göre daha düşük olan 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranınının 2050 yılında İngiltere’de %25,4 olacağı hesaplanmaktadır (OECD, 2018). Emeklilik yaşı erkekler için 65 yaş, kadınlar için 63 yaştır. Kadınlarda ve erkeklerde emeklilik yaşınının 2028’de 67’e çıkarılması planlanmaktadır. Ülkede uzun dönem bakım için ayrı bir sistem mevcuttur.

Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

İngiltere’de uzun dönem bakım hizmetleri sosyal yardımlar temeline dayanmaktadır. 1990 yılında yürürlüğe giren ve 2012 yılında yeni değişiklikler yapılan Sağlık ve Sosyal Bakım Sigortası Yasası sağlık bakımı ile sosyal bakımı birbirinden ayırarak tanımlamıştır (MISSOC, 2018).

İngiltere’de oturan herkes sağlık sigortası kapsamındadır. Primsiz bir sistem olan evrensel sağlık sigortası kapsamından kişilerin uzun dönem sağlık bakımları da karşılanmaktadır. Ancak sosyal koruma sisteminin bir yanında piyasa da bulunmaktadır. Yaşlılara ya da engellilere ve onların bakıcılarına nakdi ve ayni yardımlar yardımın çeşidine ve gelir testi sonucuna göre yapılmaktadır (SSA, 2018:381).

Yerel makamlar, kişilere kalacak yer sağlamak ve sosyal bakım için gerekli diğer destekleri sağlamakla yükümlüdür. Bakıma ihtiyaç duyulan kişilere hizmetler,

kendi evlerinde, bakım evlerinde günlük bakım merkezlerinde verilmekte, hastanelerde özel sektör ve kamu sektörünün yanında gönüllü kişilerce de sağlanabilmektedir. Sistemde ayrıca enformel bakıcılar için de ödenekler bulunmaktadır (Glendinning, 2018:4). Ancak İngiltere genelinde yaklaşık 1,4 milyon yaşlının uzun dönem bakım hizmetlerine ulaşamadığı tahmin edilmektedir (Care Quality Commission, 2018:7).

Bakım Hizmetlerinin Yönetimi ve Finansmanı

Sağlık sistemi içerisinde yer alan uzun dönem sağlık bakımına ilişkin iş ve işlemler, düzenlemeler Ulusal Sağlık Kurumu tarafından yerine getirilmektedir. Ayrıca Sağlık ve Sosyal Bakım Kurumu Büyük Britanya'daki bakanlıklara sağlık ve sosyal bakım ile ilgili önerilerde bulunmak, geleceğe ilişkin tahminlerde bulunmak ve uygulanacak politikalar ilişkin yön belirlemede teknik destek sağlamakla görevlidir. Bakıma muhtaç kişilere sosyal bakımın tanımlanmasından ve ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetlerin düzenlenmesinden ise yerel makamlar sorumludur (MISSOC, 2018).

İngiltere'de kamu tarafından sağlanan uzun dönem bakım hizmetleri devlet tarafından finanse edilmektedir. Gelir testine göre kişilere belirli miktarlarda yardımlar sağlanmakta, temel bir gelir desteği ve sağlık hizmetleri temin edilmektedir.

Yerel makamlar bütçelerine ve kaynaklarına göre özellikle evde bakım hizmetlerine ilişkin belirli yardımları o bölgede oturan kişilere kendi bütçelerinden finanse ederek sağlamaktadır. Yerel makamlar 1990'lara kadar piyasaya ve yardım kuruluşlarına hizmetlerin sağlanmasını bırakmış, 2014 yılında çıkan yasa ile bu durum değişmiştir. 2014/2015 dönemleri itibarıyla kişi başı sosyal bakıma harcanan tutar 295 Pound'tur. (337 Avrodur). Genel sağlık sigortası kapsamında sağlık bakımı, klinik ve tedavi servisleri İngiltere genelinde ücretsizdir (Glendinning, 2018:4).

İngiltere’de 23,250 Pound’dan (26.191 Avro) yüksek geliri olan kişilere kurumsal bakımları için herhangi bir ödeme, destek sağlanmamakta bu kişilerin kendi bakımlarını finanse etmeleri beklenmektedir. Geliri 14.240 Pound (26,500 Avro) altı olan kişilerin yatılı bakım maliyetleri ise yerel makamlar tarafından sağlanmaktadır. Yatılı bakım hizmeti almayan ve evde bakım hizmetlerinden faydalanan kişiler ise gelir durumlarına ve bölgedeki yerel otoritenin takdirine göre belirli tutarda ödeme yapmakta, ihtiyaç sahibi iseler ödemelerden muaf tutulmaktadır (MISSOC, 2018).

Bakıma Muhtaçlık Tanımı ve Bakım Hizmetleri Kapsamında Sağlanan Yardımlar

İngiltere’de tek bir bakıma muhtaçlık tanımı bulunmamaktadır. Yardımın içeriğine ve tipine göre uzun dönem bakım hizmetlerinden faydalanabilecek kişilerin özellikleri değişmektedir. Kişilerin bakıma muhtaçlık durumu arttıkça yardımlardan yararlanabilme durumları artmaktadır.

İngiltere’de evde bakımda yerel makamlar yemek sağlamaktan, ev temizliği ve sağlık yardımlarına kadar ihtiyaçlarına göre hizmet sunmaktadır. Kısmi yatılı bakım hizmetleri kapsamında günlük merkezlerde yaşlılara sosyal aktiviteler düzenlenirken bu kişilerin kendi evlerinde, kendi aile çevresinde bakımı ve yaşamasını sağlamaya yönelik evde bakımda olduğu gibi yemek sağlamaktan, eğlence faaliyetlerine, sağlık sunucularına ulaşma imkânı gibi uygulamalar bulunmaktadır. Ayrıca bakıma muhtaç kişilere kurumsal bakım hizmetlerinin sunulacağı bakım merkezleri ve huzurevleri yerel otoritelerce sağlanmaktadır. (Gerlinger, 2018:5).

Bunların dışında ülkede yaşlıların evlerinin onların yaşamasına uygun hale getirilmesi, evde yaşlı bakım hizmeti sunun aile bireyinin ya da bakıcının rahatsızlığı ya da özel durumu halinde geçici bakıcı sağlanması, gelirleri düşük kişilerin hastaneye gidiş ve geliş maliyetlerinin karşılanması, ilaçlarının ödenmesi ve dış tedavilerinin yapılması sağlanan diğer aynı yardımlardandır. İngiltere’de bakıma ihtiyaç duyan kişilere bakım ödeneği, engelli yaşama ödeneği, kişisel bağımsızlık ödeneği adı altında

nakit ödemeler yapılmaktadır. Ancak yerel makamlar tarafından sağlanan kurumsal bakım merkezlerinde kalan kişiler bu ödeneklerden yararlanamamaktadır (MISSOC, 2018).

Bakım ödeneği, 65 yaşından büyük ve en az 6 aydır bakıma ihtiyaç duyan kişilere yapılmaktadır. Bakım ödeneği olarak ödenen tutar, bakım ihtiyacına göre aylık 55,65 Pound'tan (63 Avro) 83,10 Pounda (94 Avroya) kadar değişmektedir (SSA, 2018).

Son üç yılın en az iki yılı İngiltere'de ikamet eden ve uzun dönem bakıma ihtiyacı olan veya engelliliği olan kişilere primsiz sistem üzerinden kişisel bağımsızlık ödeneği yapılmaktadır. Kişisel bağımsızlık ödeneği, kişilerin günlük yaşam koşullarına göre 55,65 pound (63 Avro) ya da 83,10 Pound (94 Avro), bakım ve hareketlilik ihtiyaçlarına göre 22 Pound (25 Avro) ya da 58,00 Pound (65 Avro) olarak iki dereceye göre ödenmektedir. Ayrıca 16 yaşından ve bakıma ihtiyacı olan engelli kişilere haftalık engellilik derecelerine göre 22 Pound (25 Avro), 55,65 (63 Avro) ve 83,10 (94 Avro) arasında engelli yaşama ödeneği verilmektedir. Kişisel bağımsızlık ödeneği, bakım ödeneği ve engelli yaşama ödeneği kişilere primsiz sistemden gelir testine tabi tutulmadan ödenmektedir (MISSOC, 2018).

Gelir testine bağlı olarak sosyal yardımlar kapsamında ağır derece bakıma muhtaç olan kişilere haftada en az 35 saat bakan kişilere ise bakıcı ödeneği ödenmektedir. 16 yaşından büyük ve tam zamanlı öğrenci olmaması gereken bakım elemanlarından son üç yılın en az iki yılı İngiltere'de oturmaları şartı aranmaktadır (SSA, 2018:378). Gelir testinde miktar haftalık 120 pound'tur. Haftalık 62,70 pound (71 Avro) olan bakıcı ödeneği vergiye tabi iken diğer nakit yardımlar vergiden muafır (MISSOC, 2018).

2.2.4. Güney Refah Rejimi-Geleneksel Model: İtalya

Güney Avrupa refah rejimlerinden bahsedilince akla ilk gelen ülkelerden birisi İtalya'dır. Liberal ve muhafazakâr refah rejimi özellikleri taşıyan, kendine özgü yapıya sahip İtalya'da nüfus 60,55 milyondur. 2018 yılı itibarıyla 65 yaş üstü nüfus %23'tür (SSA, 2018:21). 2050 yılında bu oranın %35 seviyesine çıkacağı hesaplanmaktadır (OECD, 2018). Emeklilik yaşı, 2018 itibarıyla kadın ve erkek için 66 yaş 7 ay olup, doğumda yaşam beklentisine göre kademeli olarak artırılmaktadır.

İtalya'da emeklilik sisteminde yaşlılık aylığı sosyal sigortacılık ve tanımlanmış katkı esasına dayalı olarak iki sistemli yürütülmektedir. Bununla birlikte herhangi bir yaşlılık aylığına hak kazanmayan kişilere gelir testi sonucuna göre 2018 yılı itibarıyla aylık 453 Avroya kadar yaşlılık ödeneği verilmektedir. Ayrıca 70 yaşından büyük (engelli ise 60 yaşından büyük) olup düşük miktarda yaşlılık aylığı alanlara yine gelir testine göre aylık 136.44 Avroya kadar ilave yaşlılık aylığı ödeneği verilmektedir (SSA, 2018:193).

İtalya'da ikamet eden herkes, genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Kişilerin sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için herhangi bir prim ödeme yükümlülüğü bulunmamaktadır (SSA, 2018:196). Sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilmektedir. Kişilerin sosyal yardımlardan yararlanabilmeleri için ise gelir testine tabi tutulmaları gerekmektedir.

Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

İtalya'da ILO'nun 102 No'lu sözleşmesinde tanımladığı tüm sosyal güvenlik sigorta kolları mevcut olmakla birlikte, uzun dönem bakım ayrı bir sigorta kolu olarak düzenlenmemiştir. Sağlık sigortası ve sosyal yardımlar altında sigortalılar, bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır.

Sosyal refahtan sorumlu yapı ailedir. Yaşlıları ekonomik olarak koruma ve bakımları üstlenme görevi ailededir. Ancak kadının işgücüne katılım oranının artması, sosyal yapıda meydana gelen değişimler ve çekirdek ailelerin artması uzun dönem bakımda ailenin rolünde değişikliğe neden olmaktadır (Naldini & Saraceno, 2008:734).

İtalya’da bölgeden bölgeye, belediyeden belediyeye uzun dönem bakım hizmetleri kapsamında sayılabilecek yardımların kapsamı ve içeriği değişmektedir.¹¹ Bununla birlikte nakdi ve aynı yardımlar bulunmaktadır. Tek bir yapı altında örgütlenmeyen ve karmaşık bir yapı sergileyen İtalyan uzun dönem bakım sistemi, bakıma muhtaçlık ve engellilik durumu ile ilişkilendirilmiştir.

65 yaş ve üzeri kişilerden sağlık yardımları dışındaki uzun dönem bakım hizmetlerinden faydalanan kişilerin oranı aşağıdaki Tablo 8’de gösterilmektedir. Tablo 8’den de anlaşılacağı üzere 65 yaş ve üzeri nüfustan uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlananların oranı son derece düşüktür.

Tablo 8: İtalya’da 65 Yaş ve Üzeri Nüfus İçerisinde Bakım Hizmeti Alanların Oranı

Sağlanan Hizmetin Türü	65 yaş ve Üzeri Nüfustan Hizmetten Faydalanan Kişilerin Oranı (%)
Kurumsal Bakım	2,2
Yerel Makamlarca Sağlanan Evde Sosyal Bakım Hizmetleri	1,2
Bakım Evleri	4,8
Bakım Ödeneği	13,5

Kaynak: Matteo, vd, 2018:14.

Bakım Hizmetlerinin Finansmanı ve Yönetimi

Uzun dönem bakım hizmetleri kapsamında yapılan yardımların finansmanı genel vergilerden karşılanmaktadır. Ayrıca belediyeler tarafında sağlanan yardımlar o

¹¹ İtalya 20 bölgeden oluşmaktadır.

bölgenin veya belediyenin genel kaynaklarından ve bütçe gelirlerinden finanse edilmektedir. Bununla birlikte bakım yükünün önemli bir kısmı ailede olduğu için uzun dönem bakım hizmetlerinin bir kısmı da aileler tarafından finanse edilmektedir (Tediosi ve Gabriele, 2010:3).

Doğumda yaşam beklentisine göre her 100 gence 170 yaşının düştüğü İtalya, Japonya'dan sonra dünyanın en yaşlı ülkesidir (ISTAT, 2018:7). 2016 yılı itibarıyla kamu tarafından uzun dönem hizmetleri için gayri safi yurt içi hasılasının %1,13'ü düzeyinde toplam 19 milyar Avro (€) harcanmıştır. Tablo 9 da İtalya'da kamu tarafından yapılan uzun dönem harcamaların oransal dağılımı görülmektedir (Matteo, vd, 2018:14).

Tablo 9: İtalya'da Kamu Tarafından Yapılan Uzun Dönem Harcamaların Oransal Dağılımı

Yardımları Sağlayan Kurum/Kuruluş	Toplam Uzun Dönem Harcamalar İçerisindeki Payı (%)
Sağlık Yardımları	31
Yerel Makamlar Tarafından Sağlanan Yardımlar	14,2
Ulusal Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlananlar (Bakım Ödeneği)	54,9
Toplam	100

Kaynak: Matteo, vd, 2018:14.

Kamu tarafından yapılan harcamaların büyük kısmını başkasının bakımı olmadan günlük faaliyetlerini sürdüremeyecek, yoğun bakım ihtiyacı duyan kişilere yapılan ve nakit yardımı türü olan bakım ödeneği oluşturmaktadır. İtalyan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından iş ve işlemleri yürütülen ve vergilerle finanse edilen bakım ödeneği 2016 yılında 1,83 milyon kişiye verilmiştir (Matteo, vd, 2018:7). Bakım ödeneğinin %78'inden 65 yaş ve üzeri kişiler faydalanmıştır. Dolayısıyla İtalyan Sosyal Güvenlik

Kurumu tarafından 2016 yılında yaşlılara 10,4 milyar Avro (€) harcanmıştır. İtalya'daki 65 yaş ve üzeri kişilerin %13,5'u, bakım ödeneğinden faydalanmıştır (Matteo, vd, 2018:14).

Çoklu bir yapıya sahip uzun dönem bakım hizmetlerinde sağlıkla ilgili harcamalardan, sağlanan yardımlardan Sağlık Bakanlığı ve yerel birimleri sorumludur. Bakım evleri ve kurumsal bakım merkezleri de bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'nın kontrolündedir. Bununla birlikte sosyal bakım hizmetleri yerel makamlar, belediyeler tarafından sağlanmakta ve yürütülmektedir. İtalya'da kuzey ve güney bölgeleri arasında kültürel anlamda var olan farklılıklar bakım rejimlerine de yansımaktadır. Kuzeyde güneye göre kadınların işgücüne katılım oranının daha yüksek olmasının da etkisi ile uzun dönem bakım hizmetleri daha da gelişmiştir. Güney İtalya'da ise bakımda ailenin rolü daha çok görülmektedir (Tediosi ve Gabriele, 2010:2).

Bakıma Muhtaçlık Tanımı ve Bakım Hizmetleri Kapsamında Sağlanan Yardımlar

İtalya'da uzun dönem bakım hizmetleri ile ilişkilendirilebilecek ödemeler engelli ve/veya malul yaşlılara yapılmaktadır. Kişilerin malul olup olmadığı ve bakım ödeneği almaya haklarının olup olmadığına sağlık birimleri karar vermektedir. Malullere yapılan yardımlar ve bakım ödeneği primsiz sistem üzerinden yapılmaktadır. Bu kapsamda sağlanan haklar hem aynı ve hem de nakdi yardımlardan oluşmaktadır (MISSOC, 2018).

Yardımlar doğuştan ya da sonradan engelli duruma düşenlere, başkasının yardımına ihtiyaç duyan kişilere verilmektedir. Kişilerin bakım ödeneğinden faydalanabilmeleri için %100 oranında başkasının bakımına muhtaç olmaları gerekmektedir. Aynı yardımlardan yararlanmak için gerekli olan maluliyet oranı %45, nakdi yardımlardan yararlanabilmek için gerekli olan maluliyet oranı ise %74'tür (MISSOC, 2018).

Doktorlar, bakım uzmanları ve yatılı, tam zamanlı ya da yarı zamanlı bakım hizmeti veren kurumlar bakım hizmetlerinden sorumludur. İtalyan sosyal güvenlik sisteminde enformel bakım ve enformel bakıcılara yönelik herhangi bir koruyucu sistem ya da ödeme sistemi bulunmamaktadır. Ancak sistem içerisinde enformel bakımın rolü çok büyüktür. Göçmen bakım emeği İtalya'da yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Naldini & Saraceno, 2008:742).

Sosyal güvenlik sistemi içerisinde evde bakım, yarı-zamanlı bakım ve kurumsal bakım hizmetleri verilmektedir. Evde bakım hizmetlerinde herhangi bir zaman kısıtlaması bulunmamakla birlikte, genel olarak evin temizliği, yemek sağlanması, medikal tedavi ve bakım hizmeti sağlanmaktadır. Günlük zaman dilimi içerisinde, yarı zamanlı bakım hizmetleri de bulunmaktadır. Kurumsal bakım, ağır bakım gerektiren durumlarda, durumun vakanın ciddiyetine göre uygulanmaktadır. Bakıma muhtaçlık derecesi yüksek olan kişilere teknik yardım ve protez vb. gerekli medikal malzemeler de sağlanmaktadır (MISSOC, 2018).

Sürekli bakıma ihtiyaç duyan kişilere aylık bakım ödeneği olarak 2018 yılı için 516,35 Avro (€) ödeme yapılmaktadır. Kişilerin görme engeli, sağır ve dilsiz olmalarına göre aldıkları miktarlar değişmektedir. Bakım ödeneğinde gelir testi bulunmamaktadır. Bazı nakdi yardımlardan faydalanılabilmesi için ise kişiler gelir testine tabi tutulmaktadır. Kişilerin aynı ve nakdi yardımdan aynı anda faydalanmaları genel olarak kısıtlanmıştır. Öte yandan sağlanan yardımlar vergiye tabi değildir (MISSOC, 2018).

Enformel bakıcılar için herhangi bir nakit yardımı tanımlanmamakla birlikte ailesinde engelli, bakıma muhtaç bireylerin olması durumunda çalışanlar ayda en fazla 6 gün izin alabilmektedir. Kısa dönemli ve uzun dönem ailedeki yaşlı bireylerin bakımı için sağlanan izin sürelerinde, zamana dayalı bakım sunumunda, İtalya diğer ülkelere göre bir hayli ilerdedir. Kısa dönemde toplamda 36 güne kadar bakım izni alınabilmekte, uzun dönemde ise bu süre kazançlarının belirli kısmını alarak-ücretli-

izin olarak 24 aya kadar uzayabilmektedir. Bu sürelerde kişilere ücretleri ödendiği gibi bu süreler aynı zamanda emeklilik açısından sayılmaktadır. Bu durum, İtalya'nın bakımın sorumluluğunu aileye verdiği bir diğer göstergesidir (ILO, 2018:133).

2.2.5. Uzakdoğu Modeli: Japonya

Yaşlanma, yaşlı bakımı denilince akla ilk gelen ülkelerden biri olan 127 milyon nüfuslu Japonya'nın 2016 yılı itibarıyla nüfusunun %26,3'ü 65 yaş üstü kişilerden oluşmaktadır (SSA, 2017:21). İşgücünde verimliliği artırmaya yönelik politikalarla refahı artırmayı amaçlayan Japonya'da doğumda yaşam beklentisi, erkekler için 80,5 yaş kadınlar için 86,8 yaştır. Dünya genelinde ortalama yaşam beklentisinin en yüksek olduğu ülkedir. Öte yandan doğurganlık hızı 1,4 ile düşük seviyelerdedir (World Population Review, 2019).

Kadın ve erkekler için emeklilik yaşı eşit olup 65 yaştır (SSA, 2017:21) 2000 yılında %16,3 olan sosyal koruma programlarına harcanan toplam tutarın gayri safi milli hasılaya oranı 2014 yılı itibarıyla artarak %23,1'e yükselmiştir. Bununla birlikte 2010 yılında 2,6 kişi bir yaşlıyı finanse ederken, 2060 yılında bu oranın 1,2 olacağı hesaplanmıştır. 2060 yılında nüfusun yaklaşık %40'ının 65 yaş ve üzeri olması beklenmektedir (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016).

Japonya'da emeklilik sistemi herkes için aynı geliri veren Ulusal Emeklilik Programı ile çalışma ve kazanç esasına dayalı çalışanların emeklilik sigorta programından oluşmaktadır. Sistem korporatist bir anlayışla aileyi öne çıkarmakla birlikte sosyal sigortacılık anlayışı gelişmiştir. Düşük gelirliilerin sosyal güvenlik primleri, devlet ve fon tarafından finanse edilmektedir (SSA, 2017:123).

Hızlı bir şekilde yaşlanan Japonya'da uzun dönem bakım sigortası, Nisan 2000'de uygulamaya girmiştir. Uzun dönem bakım sigortası uygulamasından önce yaşlılara yönelik sağlanan hizmetlerin gelişimi aşağıdaki Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10: Japonya’da Uzun Dönem Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Olarak Gelişimi

Dönem	Politikalar	65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Oranı (%)	Temel Politikalar
1960lar	Yaşlılara yönelik refah politikaları	5,7	Evde bakım hizmetine yönelik düzenlemeler ve bakım hizmetlerine yardım edenlere yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır. (1963)
1970ler	Yaşlılara yönelik sağlık harcamalarında genişleme	7,1	Yaşlılara sağlık hizmetleri ücretsiz sağlanmıştır. (1973)
1980ler	Sosyal bakım ve yatağa bağımlı yaşlıların bakımına ilişkin düzenlemeler	9,1	70 yaş ve üzeri kişilere yönelik sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarının iyileştirilmesinin yanı sıra Altın Plan uygulamaya konmuştur. (1982,1989)
1990lar	Uzun dönem bakım sigortasına yönelik faaliyetlerin artırılması	12,0	Yaşlılara yönelik yeni bir on yıllık Altın Planın yürürlüğe girmesi, uzun dönem bakım sigortasına yönelik hazırlık çalışmaları (1994)
2000ler	Uzun dönem bakım sigortasına geçiş	17,3	Uzun dönem bakım sigortasının devreye girmesi (2000)

Kaynak: Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016.

1922 yılında sağlık sigortasının yürürlüğe girdiği Japonya’da, 1963 yılında Yaşlılara Refah Yardımı Kanunu ile birlikte yaşlılara yönelik politikalar uygulamaya girmiştir. Bu düzenleme ile vergilerle finansman sağlanarak gelir düzeyi düşük ve bakacak kimsesi olmayan yaşlılara ev hizmetlerinde, günlük yaşantılarında yardım edilmesi için geçici bakım hizmeti verilmesi amaçlanmıştır (Seyyar ve Oğlak, 2011:746). 1970’lerde 70 yaş ve üzeri kişilere kamusal sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması ile birlikte 1980’lerde yaşlılara yönelik sağlık ve bakım hizmetlerini iyileştirmek ve farkındalığı artırmak için Altın Plan hazırlanmıştır. Altın Plan ile beraber Japonya’da da kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerini özendirmeye yönelik politikalar uygulanmaya başlamıştır. 1997 yılında uzun dönem bakım sigortası kanununa yönelik çalışmalar başlamış, 2000 de uzun dönem bakım sigortası uygulamaya girmiştir (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016:4).

Japonya uzun dönem bakım sigortası, yaşlı kişilerin bağımsız olarak yaşamalarını destekleyen sosyal sigortacılık esasına dayalı bir sistem olarak kurgulanmıştır. Sistem kurgulanırken finansmanla ilgili uzun tartışmalar yürütülmüştür (Tsutsumi, 2010:8).

Bakım Sigortasının Kapsamı

65 yaş ve üzerinde ikamet eden kişiler ile 40 ila 64 yaş arası sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin uzun dönem bakım sigortası kapsamında sigortalı olmaları zorunludur. Sistemde 65 yaş ve üzeri kişiler “birincil sigortalı kişi” 1. kategori, 40 ila 64 kişi olan kişiler ise “ikincil sigortalı kişi” 2. kategori olarak adlandırılmaktadır. Bakım hizmetleri iş ve işlemlerinin yürütümünden yerel yönetimler sorumludur. 2014 Ocağı itibarıyla Japonya’da 1700 belediye bulunmaktadır (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016:5).

Bakım hizmetleri kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra, özel sektör firmaları ya da sivil toplum kuruluşları tarafından da sağlanabilmekte, sigortalılar hizmet alabilecekleri merkezleri kendileri seçebilmektedir.

Tablo 11: Japonya’da Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı

Hizmet Türü	Kişi Sayısı (Milyon)
Evde Bakım Hizmetlerinden Faydalananlar	3,82
Kurumsal Bakım Hizmetlerinden Faydalananlar	0,9
Toplum Temelli Bakım Hizmetlerinden Faydalananlar (Gündüz bakım evi vb.)	0,39
Toplam	5,11

Kaynak: Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016.

Bakım Sigortasının Yönetimi ve Finansmanı

Her ne kadar sosyal sigorta sistemi kullanılsa da Japonya’da uzun dönem bakım sigortasının bir kısmı sigortalılar ve işverenlerden sağlanan primlerle bir kısmı da devletin, belediyelerin sağladığı kamusal fonlardan finanse edilmektedir.

Ülke genelinde sigortalıların faydalanabileceği hizmetlerin maddi değeri, para birimi yen olarak değil “birim” olarak ifade edilmektedir. Sağlanan yardımın para birimi olarak karşılığı belediyeden belediyeye değiştiği için bu yöntem kullanılmaktadır. Örneğin beşinci derecede bakıma ihtiyaç duyan kişinin ev ziyaretinin ücreti Tokyo’da 11,05 yen iken yerel birimlerde 10,00 yendir (Tsutsumi, 2010:59). Ülke genelinde tüm sigortalıların eşit imkânlardan faydalanabilmeleri için bu yöntem belirlenmiştir. Her hizmetin kaç “birim” olduğu Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve her üç yılda bir güncellenmektedir. Yani bakım sigortası, tüm bakım hizmetlerinin hepsini karşılamamaktadır.

Hizmetlerden faydalanan kişilerin sistem ayrıca katılım payı ödemesi beklenmektedir. 2015 yılına kadar kişilerin gelir düzeylerine ve hizmete bakılmaksızın sigortalıların faydalandıkları hizmetlerin %10’u tutarında katkı sağlamaktaydı. 2015 yılında yapılan düzenleme ile yüksek gelirliler hizmetlerin maliyetlerinin %20’sini, diğerleri %10’unu karşılayarak sisteme katkı sunmaktadır (Japan Ministry of Health, 2016). Ayrıca sigortalılar, bakım hizmetleri kapsamında kalacak yer ve yemek parasını da ödemekle yükümlüdür.

Birinci kategori sigortalılar denilen 65 yaş ve üzeri kişilerin ödeyecekleri primler, emekli aylıklarından kesilmektedir. 2015 yılı itibarıyla bu kapsamda 33 milyon kişi bulunmakta bu kişilerin %18,4’i (6,08 milyon kişi) bakım sigortasından faydalanmaktadır. İkinci kategori sigortalılar 42,47 milyon kişiden oluşmakta ve bunların %0,4’ü (15 bin kişi) bakım sigortasından faydalanmaktadır. Bu kişilerin ödedikleri primler, sağlık bakım sigortalıları tarafından sağlık sigortası ile birlikte toplanmaktadır. Toplam maliyetlerin %22’sini birinci kategori sigortalılardan toplanan primler, %28’ini ikinci kategori sigortalılardan toplanan primler oluşturmaktadır (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016:2014).

Sigortalıların ödedikleri prim miktarı; belediyeden belediyeye, sigorta kapsamında yapılan ödeme miktarına, sigortadan faydalanan kişi sayısına, merkezi hükümetin sağladığı katkı tutarına, 75 yaş ve üzeri kişilerin gelir durumlarına göre üç yılda bir değişmektedir. İkinci kategorideki sigortalıların ödedikleri prim tutarları da üç yıllık planlara göre değişmekte ve sağlık sigortası ödeme fonuna yapılmaktadır. 2015 yılı itibarıyla ortalama yıllık katkı tutarı 66,738 Yen'dir. Yapılan projeksiyonlara göre sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için 2020'de bu tutarın 81.252 Yen'e, 2025 de ise 97,980 Yen'e çıkarılması planlanmaktadır.

Uzun dönem bakım hizmetlerinin maliyetlerinin sigortalılar %10 (kimi durumlarda %20 oranında katılım payı ödedikten sonra kalan %90'lık kısmının (bazı durumlarda %80'lik) yarısı sosyal sigorta primleri ile kalan diğer yarısı ise vergilerle finanse edilmektedir. Vergilerle finanse edilen uzun dönem bakım sigortası maliyetlerinin %25'i merkezi hükümet tarafından, %12,5'i bölgesel yönetimler¹² ve %12,5'i yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır. Sistemde açık olması durumunda maliyetleri karşılamak için bölgesel yönetimler düzeyinde Mali İstikrar Fonu bulunmaktadır. Beklenmeyen durumlar bu fondan karşılanmaktadır.

Japonya'nın uzun dönem bakım sigortasının finansal açıdan sürdürülebilirliğini sağlamak için ülke genelinde tartışmalar devam etmektedir.

Japonya'da bakım sigortasının yönetimi ülke genelinde belediyeler sorumludur. Ulusal ve Bölgesel Sağlık ve Refah büroları programın yönetimine katkı sağlamaktadır.

Bakım Sigortası Kapsamında Bakıma Muhtaçlık Halinin Tespit Edilmesi

Sigortalıların bakım sigortası tarafından sağlanan yardımlardan yararlanabilmeleri için bakıma muhtaç olduklarının belediyeler tarafından tespit edilmesi ve Japonya'da ikamet etmeleri gerekmektedir. Birinci sigortalılar, bakıma neden ihtiyaç

¹² Japonya'da 47 adet bölgesel yönetim bulunmaktadır.

duydıklarını açıklamadan sağlanan yardımlardan yararlanabilirken, ikincil sigortalıların bakımlarının belirlenen 16 hastalık kapsamında birinden olduğuna dair belge getirmeleri gerekmektedir. Belediyelerin Uzun dönem Bakım Belirleme Komiteleri, kişilerin bakıma ihtiyaçlık durumlarına karar veren son mercidir. Belediye bakıma muhtaçlık halinin tespitinde öncelikle bir görevli atar. Bu görevli sigortalı ile görüşüp bir anket yapmakta, tamamlanan bu anket bilgisayar programı ile değerlendirilerek, doktor görüşü ile birlikte “ilk değerlendirme” olarak Uzun Dönem Bakım Belirleme Komitesine sunulmaktadır (Tsutsumi, 2010:12).

Kişilerin fiziksel ve mental durumlarına gören toplam yedi adet bakım derecesi bulunmaktadır. Bakım derecelerinin ikisi günlük yaşamlarını sürdürmek üzere “desteğe ihtiyacı olan” ile diğer beşi “bakıma ihtiyacı olan” olarak ayrılmıştır. Genel olarak altı ayda durumun devam edip etmediği, bakım derecesinin değişip değişmediği araştırılmaktadır (Tsutsumi, 2010:58). Bakım yöneticileri denilen “care managerlar” kişilerin ihtiyaç duydukları bakım planlarını oluşturmaktadır. Bakım yönetimi yapan bu kişilerin, sigortalıların bakım hizmetlerinden bakıma ihtiyaçlık derecelerine ve çevrelerine göre uzun dönem bakım hizmetlerinden sağlanan yardımlardan ne kadarından nasıl faydalanacaklarına ait yaptıkları bu plan doğrultusunda kişilere yardımlar yapılmaktadır.

Bakım Sigortasından Sağlanan Yardımlar

Japonya’da uzun dönem bakım sigortası kapsamında nakdi yardım ödemeleri bulunmamakta sadece aynı yardımlar bulunmaktadır. Bu kapsamda “bakıma ihtiyacı olan kişi” olarak tanımlanan sigortalılarla sağlanan yardımlar ile “desteğe ihtiyacı olan” sigortalılara sağlanan yardımlar değişmektedir (Tsutsumi, 2010:59).

Evde bakım için sağlanan yardımlar bakıma ihtiyacı olan kişiler için ev işlerinin yapıldığı, kişinin öz bakım becerilerine yardım edilmesi dahil olmak üzere ev ziyaretlerinden, evde hemşirelerin yaptığı ziyaretler ve bakımlardan, evde rehabilitasyon

hizmetlerinden oluşmaktadır. Toplum temelli bakım denilen gündüz veya gündüz bakım evlerinde ya da belirli merkezlerde ayaktan tedavi, kısa dönemli bakımlar, diğer yaşlılarla sosyal ve kültürel etkinliklere katılabilecekleri etkinlikler düzenlenen yerlerde sağlanan hizmetlerden oluşmaktadır (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016:8).

Sistemin sürdürülebilirliğini ve etkinliğini sağlamak için ayrıca sağlanan hizmetlerden *toplum temelli entegre bakım hizmetinin* hayata geçirilmesi görüşü Japonya’da yaygınlaşmaktadır (Tsutsumi, 2010:32).

Kısa dönemli bakım hizmetleri kişilerin günlük yaşamda ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinin yardımı ihtiyacı duymaları halinde belirli bir süre zarfında verilmesidir. Kurumsal bakım hizmetleri ise bakım merkezleri, huzurevleri, geriatrik sağlık hizmetleri ve uzun dönem bakım hizmetleri için sağlanan sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Öte yandan “desteğe ihtiyacı olan sigortalılar”a daha çok ağır bakıma ihtiyaç duymamaları için önleyici bakım hizmetleri sunulmaktadır. Önleyici bakım hizmetleri ev ziyaretleri, günlük evde hemşirelerin yaptığı ziyaretler, rehabilitasyon ve ayakta tedavilerden oluşmaktadır. Ev ziyaretlerinde özellikle demans hastalarının durumları sabah ve akşam kontrol edilmekte ve izlenmektedir. Gündüz bakım evlerinde de sağlanan hizmetlerde (ev ziyaretleri, rehabilitasyon hizmetleri vb.) önleyici hizmetler kapsamında gerçekleştirilmektedir (Japonya Sağlık Bakanlığı, 2016).

Görüldüğü üzere yaşlanmanın etkisi ve toplumsal yapıdaki farklılıklar ve refah rejimlerine göre her ülke farklı bir uzun dönem bakım hizmeti sunmaktadır. Almanya, İsviçre ve Japonya’da uygulanan politikalarda devletin etkinliği daha fazla iken İngiltere’de kamu ile birlikte özel sektörde uygulamada yerini almıştır. İtalya’da uzun dönem bakım hizmeti ise daha çok topluma bırakılmıştır. Göçmen emeği ise tüm ülkelerde uzun dönem bakımda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye’de de refah rejiminin yapısına göre yaşlılara yönelik sosyal güvenlik hizmetlerinin yanı sıra parçalı da olsa uzun dönem bakım hizmetleri bulunmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE REFAH REJİMİ VE UZUN DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ

3.1. Türkiye'de Refah Rejimi ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Güvenlik Hizmetleri

Türkiye'nin refah rejimi işgücü piyasasının formel ve enformel yapılarının iç içe geçmiş olmasından kaynaklı parçalı, dağınık bir yapıya sahiptir. Dayanışmanın geleneksel biçimi olan aile dayanışması, refahın sunumda önemlidir. Küçük işletmelerin sayısının toplam ekonomi içerisindeki payının yüksekliği, tarım sektörünün büyüklüğü ve kayıt dışı ekonomi ve istihdamın yaygınlığı işgücü piyasasının temel yapısal özellikleridir. Yoksulluğa ve yoksunluğa karşı savunma mekanizmalarında devletin eksik kaldığı yerlerde aile içi dayanışma ön plana çıkmaktadır (Buğra ve Keyder, 2003:13).

Çalışma esasına dayalı sosyal sigortacılık ilkelerine göre kurgulanan sosyal güvenlik sistemi, istihdamda yer alan hane reisine sağlık ve emeklilik hakkı sağlayarak işgücü piyasasında yer almayan diğer hane üyelerinin bakmakla yükümlü olunan kişi ya da hak sahibi hane reisi üzerinden sağlık ve gelir hakkı elde ettiği bir sistemdir (Gökbayrak, 2009:69).

Türkiye'de var olan refah rejiminin, Esping-Anderson üçlü refah rejiminde belirtilen korporatist, liberal ve sosyal demokrat refah rejiminin aksine Ferrara'nın 1996 yılında eklediği Güney Avrupa refah rejimine daha yakın olduğu söylenebilir. Devlet tarafından yürütülen sosyal politikalar aile temellidir. Devlet sosyal politika alanında düzenleme yaptığında işin yürütümünün merkezine aileyi koymaktadır. Aileye görevler yüklemektedir (Buğra ve Keyder:2003, Gökbayrak:2009).

Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal güvenlik hizmetleri denilince akla gelen ilk uygulama yaşlılık aylığıdır. Kişilerin hayatları boyunca çalışmalarının karşılığında

sistem tarafından ödedikleri katkıya göre bir emeklilik aylığı bağlanmaktadır. Malullük ve ölüm aylıkları da yaşlılık aylığı ile birlikte sosyal koruma sağlayan, uzun vadeli sigorta kolları kapsamında yer alan diğer sigorta kollarıdır. Malullük, yaşlılık ve ölüm aylıkları kapsamında kişilere aylık bağlanmakta, toptan ödeme yapılmakta ve cenaze ödeneği ödenmektedir. Bireylerin bakıma muhtaç olmaları halinde bağlanan malullük aylığı miktarı, normal malullük aylığına göre daha fazladır.

Kişilerin uzun vadeli sigorta kollarından yararlanabilmeleri için haklarında prim ödenmesi ya da kendilerinin prim ödemiş olmaları gerekmektedir. Uzun vadeli sigorta kolları prim oranı kişilerin prime esas kazançlarının %20'sidir. Hizmet akdine tabi çalışanlarda bu oranın %9'u işçi payı %11 ise işveren payıdır.

Tablo 12: 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Malullük, Yaşlılık, Ölüm Aylığı Alan Kişilerin 2008-2017 Yılı Verileri

Yıllar		2008	2017
65 Yaş ve Üzeri Aylık Alan Kişi Sayısı	Yaşlılık Aylığı	1.740.362	3.298.750
	Malullük Aylığı	35.657	43.177
	Ölüm Aylığı	990.667	1.870.408
	2022 Sayılı Kanun K.	867.035	618.162
	Toplam	3.633.721	5.830.497
65 Yaş ve Üzeri Nüfus		4.893.423	6.895.385
65 Yaş ve Üzeri Aylık Alan Kişi Sayısının 65 Yaş ve Üzeri Nüfusa Oranı		74,26%	84,56%

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2008, 2017.

Tablo 12, 2008 ile 2017 yıllarındaki 65 yaş ve üzerinde olup malullük, yaşlılık, ölüm aylığı alan kişi sayısı ile sosyal yardımlar kapsamında 2022 sayılı Kanunla düzenlenen 65 yaş aylığı alan kişi sayılarını ve bunların 65 yaş ve üzeri nüfusa oranını göstermektedir. 2008 yılında yukarıda bahsi geçen aylıkların tamamının iş ve işlemlerinin yürütümünden yapılan reformla Sosyal Güvenlik Kurumu sorumlu iken, 2011 yılında Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının (o zamanki adıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) kurulmasıyla 2022 sayılı Kanununa ilişkin iş ve işlemlerin

yürütümü bu Bakanlığa geçmiştir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun yürürlüğe girdiği 2008 yılında toplamda 65 yaş ve üzeri 3,6 milyon kişi sosyal sigorta ve sosyal yardım sisteminden aylık almakta iken bu sayı 2017 yılında 5,8 milyon kişiye çıkmıştır. 65 yaş ve üzeri nüfusla bu sayıları karşılaştırdığımızda 2008 yılında 65 yaş ve üzerini nüfusun %74,26'sı aylık olarak sosyal koruma kapsamında yer alırken 2017 yılında bu oran yaklaşık %10'luk bir artışla %84,56'ya çıkmıştır. OECD verilerine göre de ülkemizde gelir yoksulluğu yaşayan 65 yaş üstü nüfus yüzde 18,9'dur.¹³

Aylıklardan faydalanan kişiler aynı zamanda genel sağlık sigortası kapsamında yer almakta ve aylık aldıkları dönemde genel sağlık sigortasına herhangi bir prim ödememektedir. Bu durum kişilerin genel sağlık sigortasından da emekli oldukları şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan genel sağlık sigortasından yararlanan kişilerin hizmetlerden faydalanabilmeleri için katılım paylarını, bazı durumlarda ilave ücretleri ödemiş olmaları gerekmektedir.¹⁴

Tüm nüfusun kapsamda olduğu genel sağlık sigortası, çalışanlar ve işverenler tarafından finanse edilmektedir. Genel sağlık sigortası prim oranı, çalışanlar için sigortalıların prime esas kazançlarının %12,5 tir. Bazı durumlarda bu oran farklılık göstermektedir.¹⁵ 5510 sayılı Kanunun "Genel sağlık sigortalısı sayılanlar" başlıklı

¹³ Kendi çalışmalarından dolayı yaşlılık aylığı, malullük aylığı alanların bir kısmı eşinin vefatı halinde ölüm aylığı da almaktadır. Bu kişilerin sayısı hesaplamada dikkate alınmamıştır. OECD ile aradaki farkın bu kişilerden kaynaklandığı düşünülebilir.

¹⁴ 5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesinde tanımlanmış ve uygulanan katılım payları; ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, vücut dışı protez ve ortezler, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için alınan katılım paylarıdır. Kanunda tanımlanmış olmasına rağmen yatarak tedavilerde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden herhangi bir katılım payı alınmamaktadır.

¹⁵ Genel sağlık sigortası prim oranı 5434 sayılı Kanuna tabi çalışanlar için %12, staj yapanlar için %5, İŞKUR kursiyerleri için %4,5 olarak uygulanmaktadır.

60'ıncı maddesine göre aile içerisindeki geliri asgari ücretin üçte birinden az olan Türk vatandaşlarının primleri devlet tarafından ödenerek bu kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmıştır. Ayrıca çalışmayan kişiler gelir testine tabi olmadan 2019 yılı itibarıyla 76,75 TL ödeyerek genel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. Sigortalıların genel sağlık sigortasından yararlanabilmeleri için 30 gün GSS primlerinin bildirilmiş ya da ödenmiş olması yeterlidir.

Öte yandan sadece yaşlılık kapsamında olmasa da iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışma gücünün %10'unu kaybeden kişilere de sürekli iş göremezlik geliri bağlanmaktadır. Sigortalıların vefatları halinde hem aylıkları hem gelirleri hak sahiplerine belirli şartlar dahilinde ödenmeye devam etmektedir.

3.1.1. Yaşlılık Sigortası

Türkiye'de yaşlılık sigortası uygulaması 1950 yılında 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu ile başlamış, uygulama 1957 yılında 6900 sayılı Malullük, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu" ile devam etmiştir. Daha sonra 1964 yılında uzun yıllar yürürlükte kalacak 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu yayımlanmıştır. 506 sayılı Kanuna kadar yürürlükte olan yasalarda emeklilik yaşı; kadın ve erkek için eşit ve 60 yaş olarak düzenlenmişken, 506 sayılı yasa ile eşitlik bozularak emeklilik yaşı kadın için 55 yaş, erkek için 60 yaş olarak değiştirilmiştir. Ancak zaman içerisinde emeklilik yaşı 50 yaşa kadar indirilmiştir. Belirli bir dönem emekli olabilmek için yaş kriteri kaldırılmış, sigortalılık süresine ve prim ödeme gün sayısına göre emeklilik uygulaması getirilmiştir. 1981 yılında yapılan düzenleme ile kadınlara 38 yaşında, erkeklere ise 43 yaşında emekli olma hakkı hayata geçirilmiştir (Fişek, Türcan Özşuca, ve Şuğle, 1997:25). 1999 yılında ise yapılan 4447 sayılı düzenleme ile kadınlar için emeklilik yaşı 58 yaşa erkekler için ise 60 yaşa çıkarılmıştır.

2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile emeklilik yaşı kademeli geçişle 65 yaşına yükseltirse de Türkiye’de 2018 yılı itibarıyla ortalama emeklilik yaşı 51-52 yaştr.¹⁶ Bu Kanun ile prim ödeme gün sayısı artırılmış, emekli aylığı bağlama oranı düşürülmüştür. Buna göre kişiler artık daha zor şartlarla emekli olabilmektedir.

Tablo 13: Yaşlılık Aylığı Verileri- 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Yaşlılık Aylığı Alan Kişilerin Oranı

Yıl	2008	2017
Toplam Yaşlılık Aylığı Alan Kişi Sayısı	5.918.007	8.402.314
Yaşlılık Aylığı Alan 65 Yaş ve Üzeri Kişi Sayısı	1.740.362	3.298.750
65 Yaş ve Üzerinde Olup Yaşlılık Aylığı Alan Kişilerin Toplam Yaşlılık Aylığı Alan Kişilere Oranı (Yüzde)	29,41%	39,26%
65 Yaş ve Üzeri Nüfus	4.893.423	6.895.385
65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Yaşlılık Aylığı Alan Kişilerin Oranı (Yüzde)	35,57%	47,84%

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2008, 2017.

Türkiye’de yaşlılık aylığı alan kişilerin ortalama yaşı 62’dir. Öte yandan Tablo 13’te belirtildiği üzere 2008 yılında SGK’dan yaşlılık aylığı alan kişi sayısı 5,9 milyonken 2017 yılında bu sayı 8,4 milyona çıkmıştır. Yaşlılık aylığı bağlanan ve 65 yaş ve üzerinde olan kişilerin 65 yaş ve üzeri nüfusa oranı 2008 yılından 2017 yılına %12’lik artışla %35,5’den %47,84’e çıkmıştır. Kendi çalışmaları dolayısıyla yaşlılık aylığı alan kişilerdeki artış, ülkemizde sosyal sigorta bilincinin arttığının da bir göstergesi olarak görülmektedir.

Yaşlılık aylığı alan kişiler içerisinde 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı da yıllar itibarıyla artmaktadır. 2008 yılında 65 yaş ve üzerinde olup yaşlılık aylığı alan kişilerin

¹⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı Mehmet Selim Bağlı’nın açıklaması Kaynak:

<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/turkiyenin-ortalama-emeklilik-yasi-51-52-40505020>, Erişim

tarihi 4 Mart 2019

sayısının toplam yaşlılık aylığı alan kişilere oranı %29,41 iken 2017 yılında bu oran %39,26'ya çıkmıştır. Böylelikle sosyal güvenlik reformunun emekli yaşını yükseltici etkisinin görülmeye başlanmıştır.

3.1.2. 2022 sayılı Kanun- 65 Yaş Aylığı

Bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylere ve engellilere yönelik gelir sağlayıcı bir destek olarak karşımıza çıkan “2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” 10/07/1976 tarihinde 15642 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa, mahalli idarelerin ve İslami kurumların çalışma sahası içinde kalan sosyal yardımların durumunu değiştirmeye yönelik ilk müdahaledir (Gough, 2010:239).

Kanun, yasalaştığı dönemde mecliste çeşitli tartışmalara neden olmuştur. Kanun tasarısı halindeyken bu tasarımı savunmak için Meclis Kürsüsünde konuşan dönemin Sosyal Güvenlik Bakanı Ahmet Mahir Ablum’un konuşmasında, devletin sosyal hukuk devleti olmasından kaynaklanan hak ve sorumlulukla fakir vatandaşı sahipsiz bırakmamak gerektiğini vurgulamıştır:

Sosyal devlet, ülke üzerinde yaşayan vatandaşlarına insanca yaşam şartları sağlayan, vatandaşlarının bugününden ve yarınından endişelerini olmamasını sağlayacak tedbirler zümresini getiren devlettir. Tasarı işte bu amaçla, bu ilke esasına göre hazırlanarak huzurlarınıza getirilmiş bir tasarıdır (Türkiye Büyük Millet Meclisi Tutanak Dergisi; Aktaran Buğra, 2010:190).

2022 sayılı Kanundan yararlanan kesimler ve 2019 yılı itibarıyla aylık ödenme miktarı aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

- 65 yaşını doldurmuş, çalışmayan, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan gelir ve/veya aylık almayan muhtaç kimselere aylık 601,58 TL,

- 65 yaşını doldurmamış ancak başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyen, 18 yaşını doldurmuş çalışmayan, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan gelir ve/veya aylık almayan muhtaç ve tam bağımlı engelli bireylere aylık 720,33 TL,

- 18 yaşını doldurmuş ancak isteğine rağmen Türkiye İş Kurumu tarafından işe yerleştirilmemiş olan çalışmayan, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan gelir ve/veya aylık almayan muhtaç engelli bireylere aylık 480,22 TL,

- 18 yaşını tamamlamamış özel gereksinimi olan yakını bulunan kişilerin bakımlarını üstlenen ve çalışmayan, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşundan gelir ve/veya aylık almayan kişilere 480,22 TL aylık ödenmektedir.

2022 sayılı Kanun kapsamında yapılan yardımlardan yararlanabilmek için kişilerin gelir testine tabi olmaları gerekmektedir. Gelir testinde, 65 yaş aylığı alabilmek için kişi başına düşen gelir hesabında 2018 yılında yapılan değişiklikle hane içerisindeki gelir değil, kişinin eşi ve kendisine ait gelirlerin ortalama aylık tutarının aylık asgari ücretin net tutarının 1/3'ünden az olması beklenmektedir. 2019 yılı itibarıyla Türkiye'de net asgari ücret 2.020,90'dır.

Aylık bağlanma talebi olanların il ve ilçelerdeki mal müdürlüklerine/deftardarlara başvurmaları gerekmektedir. Kişinin aylıktan faydalanması için gerekli olan "muhtaçlık" şartını taşıyıp taşımadığına İl veya İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları karar vermektedir.

2022 sayılı Kanun kapsamında 65 yaş ve üzeri aylık alan kişi sayısı 2008 yılında 867.035 iken 2017 yılında %29 gerileyerek 618.162 olmuştur (AÇSHB, 2018).

3.1.3. Sosyal Hizmetler

Türkiye’de yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri yanında kurumsal bakım hizmetleri de bulunmaktadır. Sosyal bakıma dair sosyal hizmetler Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) tarafından düzenlenmekte ve bir kısmı Bakanlık kapsamında yürütülmektedir. Kamunun hâkim olduğu kurumsal bakım hizmetlerinde özel sektör ve sivil toplum kuruluşları da faaliyet göstermektedir. Korunmaya, bakıma ihtiyacı olan çocuk, engelli ve yaşlılara nasıl bir sosyal hizmet sağlanacağı ve yürütüleceği 24 Mayıs 1983 yılında yayımlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ile düzenlenmiştir. Kanunda, sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlerde devletin katılımı, denetim ve gözetimi ile birlikte özel kurumlara, sivil toplum kuruluşlarına ve gönüllüğe atıf yapılmıştır. Devlet hem hizmet üreten hem de özel sektörde üretilen hizmeti denetleyen yapıdır.

3.1.4. Bireysel Emeklilik Sistemi

Türkiye’de bireysel emeklilik uygulaması 2001 yılında 4632 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile yürürlüğe girmiştir. 1999 yılında kamusal emeklilik sisteminde yapılan değişiklikler sonucu ortaya çıkan emeklilik sistemindeki yapısal dönüşümle 2001 yılında piyasa ve özel sektörde sistemde yerini almıştır (Gökbayrak, 2010). Bireysel emeklilik sisteminin (BES) amaçları, kişilerin emekliliğe yönelik tasarruflarının yatırıma yönlendirilmesi ile emeklilik döneminde ek bir gelir sağlayarak refah düzeyinin yükseltilmesi, ekonomiye uzun vadeli kaynak yaratılması, istihdamın arttırılması ve ekonomik kalkınmaya katkıda bulunulması olarak tanımlanmıştır (EGM, 2019). BES, kamusal emeklilik sisteminin alternatifi değil tamamlayıcısı olma iddiasındadır.

Sistem, fon biriktirme yöntemiyle finanse edilen ve tanımlanmış katkı esasına dayalı bir sistemdir. Sisteme girenler ne kadar tutar ödeme yapacaklarını ve bu

fonlarının hangi yatırım aracında nasıl değerlendirileceğine ilişkin kendileri karar vermektedir. 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren sisteme girenlerin yatırdıkları tutarın %25'i kadar devlet katkı sağlamaktadır.

Özel şirketler aracılığıyla yürütülen BES'e katılım gönüllü olmakla birlikte istenilen düzeyde katılım sağlanamadığı için 2017 yılında otomatik katılım sistemi (OKS) yürürlüğe girmiştir.

BES'ten emekli olunabilmesi için ise sisteme ilk giriş tarihinden itibaren 10 yıl süreyle sistemde kalınması ve 56 yaşının doldurulması gerekmektedir. Sistemden daha önce ayrılması halinde devlet katkısının bir kısmı ödenilmektedir.

2019 yılı itibarıyla toplam 19 bireysel emeklilik şirketi bulunmaktadır.

Tablo 14: 2011-2019 Yılları Arası Bireysel Emeklilik Sistemine İlişkin Veriler

Yıllar ¹⁷	Katılımcı Sayısı	Katılımcıların Fon Tutarı (TL)	Emekli Olan Katılımcı Sayısı
2011	2.641.843	14.329.771.986	3.838
2012	3.128.130	20.346.290.278	5.404
2013	4.153.055	25.145.718.418	7.577
2014	5.092.871	34.793.077.808	15.350
2015	6.038.432	42.979.056.589	27.745
2016	6.627.025	53.409.391.715	44.350
2017	6.924.945	67.677.308.661	63.892
2018	6.875.886	76.560.293.571	89.141
2019/Mart	6.811.128	81.304.053.046	95.968

Kaynak: Emeklilik Gözetim Merkezi İstatistiki verilerinden derlenmiştir.

2011 ile 2017 yılları arasında sisteme katılım sağlayan kişi sayısı, her yıl düzenli artış göstermesine rağmen 2017 yılından itibaren az sayıda da olsa gönüllü olarak sisteme katılan kişi sayısında azalış görülmektedir (Tablo 14). 2017 yılında sistemde yer

¹⁷ Tablo düzenlenirken 2011-2018 yılları için yılın açıklanan son gün verileri kullanılmıştır. 2019 yılı için

30 Mart 2019 yılı verileri kullanılmıştır.

alan kişi sayısı 6.924.945 iken 2019 yılında bu sayı 6.811.128'e düşmüştür. Öte yandan OKS katılımcı sayısı ile topladığımızda sistemi değerlendirmek gerekebilir.

OKS, Amerika Birleşik Devletlerindeki “auto-enrollment” ve İngiltere’deki NEST sisteminden esinlenerek düzenlenmiştir. Amaç, kişilerin tasarruf etme alışkanlıklarını artırmak ve toplanılan BES fonunun miktarını artırmaktır. OKS’de işverenler Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ya da mavi kart sahibi olan, 45 yaşını doldurmamış ücretli çalışanlarını, herhangi bir onay almaksızın belirledikleri ya da belirlenen bireysel emeklilik şirketine kayıt yapmaktadır. 2019 yılı başı itibarıyla şartları taşıyan kişilerin katılımı zorunlu tutulmuştur. Çalışanın SGK’ya bildirilen aylık prime esas kazancının %3’ü, bireysel emeklilik şirketine çalışan adına açılan hesaba yatırılmaktadır. Yatırılan bu tutar, tamamen işçinin ücretinden kesilmekte, sisteme işverenin herhangi bir katkısı bulunmamaktadır. Kişiler otomatik kayıt yapıldıkları kendilerine bildirildikten iki ay içerisinde sistemden çıkabilmektedir (EGM, 2019).

Devlet, OKS’ye, BES’e sağladığı ek %25’lik devlet katkısının yanı sıra başlangıçta bir defaya mahsus maktu bir ödeme olan 1000 TL ilave katkı sağlamaktadır. Ayrıca, belirli koşullarda ilave %5 ödeme yapmaktadır. Tablo 15, 30 Mart 2019 tarihi itibarıyla OKS’ye ilişkin verileri içermektedir.

Tablo 15: 2019/Mart BES Otomatik Katılım Sistemi Verileri

	Kişi Sayısı	Oran (Yüzde)
OKS Giren Kişi Sayısı	15.111.253	100,00%
OKS Devam Eden Kişi Sayısı	5.032.451	33,30%
OKS Sonlandıran Kişi Sayısı	10.078.802	66,70%
OKS'den Önce BES'e Girmiş Kişi Sayısı	3.747.577	24,80%
OKS'den Önce BES'e Girmemiş Kişi Sayısı	11.363.676	75,20%

Kaynak: Emeklilik Gözetim Merkezi, İstatistiki Verileri, 2019’den derlenmiştir.

30 Mart 2019 tarihindeki verileri göre OKS’ye katılan toplamda kişi sayısı 15 milyonu geçmiş bunların %66,7’si sistemden ayrılmıştır. Sistemden ayrılanlar

sistemden ayrılma gerekçeleri olarak gelir yetersizliklerini, harcamalarının büyüklüğünü, masraflarını, borçlarını, paralarını uzun süre bağlamak istemeyişlerini göstermiştir (Türkiye Sigorta Birliği, 2017).

OKS'ye dahil edilen kişilerin %75'i daha önce BES kapsamında yer almamıştır. Daha önce sistemde yer almayan 11,3 milyon kişiden 3,9 milyon kişi ile yaklaşık %45'i sistem içerisinde kalmaya devam etmiştir. Daha önce sistemde yer alıp sisteme giren 3,7 milyon kişiden 1 milyonu (%30'u) OKS'de kalmaya devam etmektedir. Sistemle yeni tanışan kişilerin sistemde kalma oranı sisteme önceden girenlere göre daha yüksektir (EGM, 2019). OKS'nin sistemi tanıtmada etkili olduğu söylenebilir.

Ancak OKS'de fon büyüklüğü 30 Mart 2019 itibarıyla, toplam bireysel emeklilik sisteminin fon büyüklüğünün %6'sı ile 5,4 milyar TL'ye ulaşmıştır. Toplam fon büyüklüğünün çok küçük bir kısmını oluşturan tutar ile OKS'nin istenilen düzeyde tasarruf etme bilincini arttırdığı söylenememektedir.

Öte yandan BES'teki birikimlerin sermaye piyasalarına aktarımdan çok kişisel tercihlerin daha güvenli bir liman addedilen para piyasası fonlarında değerlendirildiği görülmektedir. 2018 yılında yapılan araştırmaya göre ekonomiye güvenin azalması ile fonlar, TL cinsi borçlanma araçları fonu ve yabancı para cinsi fonlara yönlendirilmiştir (Kesbiç ve Duramaz, 2018:76). Bu anlamda BES sermaye piyasalarının hacmini genişletmede başlangıçtaki hedeflerine ulaşamamıştır.

Yapılan bir araştırmaya göre 2018 yılının ilk 8 aylık döneminde bireysel emeklilik fonlarının ağırlıklı getirisi aynı dönemki enflasyon oranının altında kalarak %7,49 olmuştur.¹⁸ Bu tutarın düşük kalmasında kişilerin finansal okuryazarlığının düşüklüğü, şirketlerin bu kişileri yatırımı yüksek alanlara yönlendirmemesinin etkili

¹⁸ İlgili dönem enflasyon oranı ortalama %21,5'tur.

olduğu söylenebilir. Finansal açıdan BES'in, kişilere istenilen düzeyde bir yatırım olanağı sağlamadığı belirtilmektedir (Kesbiç ve Duramaz, 2018:74).

Gerek primli sistem üzerinden kişilere sağlanan aylıklar gerekse primsiz sistem üzerinden sağlanan 2022 aylığı ve yaşlılara yönelik sağlanan hizmetleri yaşlı yoksulluğuna bir nebze katkı sağlasa da istenilen düzeyde değildir. Özellikle 5510 sayılı kanunla düzenlenen yeni emeklilik rejiminde bağlanan yaşlılık aylıklarının tutarı giderek düşmektedir. Geçmiş dönemlerde aynı prim ödeme gün sayısı ve yaş ile bağlanan yaşlılık aylığı miktarı, aynı parametlerle bağlanacak yaşlılık aylığı miktarından daha fazladır. Bireysel emeklilik sisteminden yararlananlar da genelde emeklilik yaşı geldiklerinde alacakları tutarı toptan olarak almayı tercih etmemektedir. Sağlık alanında ise yaşlıların genel sağlık sigortasından yararlanabilmeleri için ilaçta, doktor muayenesinde ve tıbbi malzemede belirli bir düzeyde katılım payı ödemeleri şarttır. Sağlık hizmetinin özel sağlık hizmet sunucularından alınması durumunda ise ilave ücretler yüksek harcama ve maliyet kalemleri oluşturmaktadır. Yaşlılıkta elde edilen gelirin azalması ile birlikte kronik hastalıkların artması sonucu sağlık harcamalarının kişi yönünden de artması da söz konusudur. Ayrıca uzun dönem bakım, özellikle bakıma muhtaçlık derecesi arttıkça bakımın daha uzman ellerden alınması gereği ilave bir maliyet oluturmaktadır. Sağlık sistemi uzun dönem bakım için gerekli hizmetleri sağlayamamaktadır. Ülkemizde bireysel emeklilik sistemi de yaşlılar için sürekli ve düzenli gelir aracı değildir. Dolayısıyla sosyal koruma sistemi, yaşlılık ve bakıma muhtaçlık açısından değerlendirildiğinde tüm vatandaşlarına gerekli sosyal güvenceyi sağlamayamamaktadır.

3.2. Türkiye’de Mevcut Uzun Dönem Bakım Hizmetleri

Birinci bölümde de değinildiği üzere Türkiye’de artan, yaşlı bağımlılık oranı uzun dönemli bakım hizmetlerine olan ihtiyacı her geçen gün artmaktadır. Öte yandan Türkiye’nin refah rejiminin de etkisi ile uzun dönem bakım ile ilgili tek bir düzenleme bulunmamakta, parçalı bir yapı gözlemlenmektedir.

Türkiye’de devlet bakım hizmetlerinin aile yanında verilmesi üzerine kurulu bir “bakım hizmetlerini geliştirme ve güçlendirme” politikası bulunduğunu belirtmektedir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014:1). Daha önce bakım sigortası uygulaması ile ilgili taslaklar hazırlanmış olsa da sosyal yardımlar kapsamında düzenlenmiş dağınık bir bakım sistemi bulunmaktadır.

3.2.1. Bakım Hizmetlerinin Kapsamı, Bakıma Muhtaçlık Tanımı ve Bakım Hizmetleri Kapsamında Sağlanan Yardımlar

Uzun dönem bakım, sosyal yardımlar kapsamında yer almakta, sağlık bakımı ve sosyal bakım olarak ayrılmaktadır. Sosyal bakım denilince engelli bakımı ve yaşlıların bakımı akla gelmektedir. Sosyal bakım kapsamında aynı yardımlar ve nakdi yardımlar bulunmaktadır. Türkiye’nin uzun dönem bakım sistemi bakıma muhtaçlık ve engellilik durumu üzerine kurgulanmıştır. Bakıma muhtaç ve engelli kişiler bu yardımlardan faydalanabilmektedir.

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında SGK tarafından kişilerin sağlık bakımına ilişkin (doktor muayenesi, teşhis tanı tedavi süreci, ilaçlar, medikal ürünler vb.) tüm sağlık harcamaları karşılanmaktadır. Sigortalılar emekli olduklarında ya da herhangi bir aylık almaya hak kazandıklarında, aylığın bağlanmasından itibaren GSS kapsamında herhangi bir prim ödemedi sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler.

Ayrıca 2014 yılından itibaren palyatif bakım merkezleri ve palyatif bakım hizmetleri¹⁹ SGK tarafından karşılanmaktadır.

Sosyal yardımlar kapsamında yer alan bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için gelir testi ve engellilik durumlarının tespiti gerekmektedir. Kişilerin engellilik durumları, malul sayılıp sayılmayacakları Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler tarafından düzenlenen sağlık raporu ile belirlenmektedir.

Türkiye’de bakıma yönelik sunulan hizmetleri aynı yardımlar ve nakdi yardımlar olarak ayırmak mümkündür. Uzun dönem bakım hizmeti sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar olarak sürdürülmektedir. Bakıma muhtaçlık kriteri ve yardımlardan faydalanabilmek için gerekli engellilik oranı yardım türlerine göre değişiklik göstermektedir.

Engellilik sınıflandırmasında DSÖ’nün İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF) kullanılmaktadır. Kişinin gündelik hayatını sürdürebilme yetisini kaybetmesi, başkasının bakımına muhtaç olması yardımlara hak kazanmada bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilerin bakıma ihtiyaç duyup duymadığının değerlendirilmesinde ise Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM) kullanılmaktadır.

Kişilere sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler kapsamında sağlanan yardımlar tezin bundan önceki sınıflandırmasına uygunluğu açısından aynı ve nakdi yardımlar olarak sınıflandırılmıştır.

Aynı yardımlar evde bakım, yarı zamanlı bakım, kurumsal bakım ve diğer aynı yardımlar olarak sınıflanabilir.

¹⁹ Palyatif bakım, tedavisi mümkün olmayan hastalığa yakalanan kişilere ve ailelerine psikolojik, sosyal desteğin verilmesi, hastalığın bütüncül olarak ele alınması durumudur.

Bakıma ihtiyaç duyan kişilere yönelik evde bakım hizmetleri esas olarak yerel yönetimler tarafından sürdürülmektedir. Ev temizliğinin yapılması, günlük yemek sağlanması, kişisel öz bakım hizmeti verilmesi evde bakım uygulamaları arasındadır. Yerel yönetimler tarafından verilen evde bakım uygulamaları şehirden şehire, belediyeden belediyeye farklılık göstermektedir.

Sağlık bakımından hastanede bakım, 60 yaş ve üzeri kişilere talep etmeleri halinde Sağlık Bakanlığı tarafından evde bakım hizmetleri de sunulmaktadır. Bakıma muhtaç olduğunu belgeleyen bu kişilere eve gelen sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetleri sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığının kurduğu telefon hattı üzerinden bu hizmet sağlanabilmektedir. Evde sağlık bakımı hizmetlerini kamu hastaneleri sağlayabildiği gibi özel hastaneler ve sağlık kuruluşları da hizmet sunumu gerçekleştirmektedir.

Kurumsal bakım anlamında yaşlılara tam zamanlı bakım hizmeti sunan huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile yarı zamanlı hizmet sunan gündüz bakım evleri ile aktif yaşam merkezleri bulunmaktadır. Aktif yaşam merkezleri Sosyal Hizmetler Kanununun 3'üncü maddesinde *“yaşlı bireyler ile engelli bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve sosyal hayata aktif katılımlarına katkı sağlanması amacıyla, engelli ve yaşlı bireyler ile ailelerine rehberlik ve destek hizmeti ile evde gündüz bakım hizmeti sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşları”* olarak tanımlanmıştır. 2018 yılı itibarıyla Türkiye’de kurumsal bakım hizmetleri kapasitesi, doluluk oranı ve bakılan yaşlı sayısı Tablo 16’da gösterilmektedir. Tablo 16 incelendiğinde görüleceği üzere Türkiye’de toplam kamuya bağlı 146, özel sektöre bağlı 227 adet huzurevi bulunmaktadır. Kurumsal bakım anlamında özel sektörün ağırlığının merkez bazında fazla olduğu görülmektedir. Ancak bu huzurevlerinin kapasiteleri kıyaslandığında kamu daha yüksek kapasitede hizmet vermektedir.

Tablo 16: Türkiye’de Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Kapasitesi, Doluluk Oranı, Bakılan Yaşlı Sayısı

Yatılı Bakım Huzurevleri	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Boş Yatak Sayısı	Bakılan Yaşlı Sayısı
AÇSHB’ye Bağlı Huzurevleri	146	14.967	962	13.888
Huzurevi	103	14.766	962	13.888
Yaşlı Yaşamevleri	41	161		
Gündüzlü Bakım Merkezleri	2	40		
Özel Sektör Huzurevleri²⁰	227			
AÇSHB’ye Bağlı Darülaceze(Yaşlı)	1	503	45	458

Kaynak: ACSHB, 2019.

Kamudan bakım hizmeti alan kişilerin, yatılı bakım hizmetinden faydalanan bireylerin sağlık kontrolleri, tedavileri yaptırılmakta, rehabilitasyon hizmetleri sağlanmaktadır. Bakım evleri, ailelerinin yanında bakımı sağlanan bireylere ihtiyaç duymaları halinde yıllık 30 güne kadar bakım hizmeti sunmaktadır (ACSHB, 2019).

Ayrıca yerel yönetimler emekli konağı, yaşlı merkezleri uygulamaları ile yaşlı ve bakıma ihtiyaç duyan bireylerin sosyalleşmesine, çeşitli aktivitelere katılmalarına imkân vermektedir (Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2019).

Halk arasında “evde bakım parası” olarak adlandırılan evde bakım ödeneği, engeli bulunan kişilerin yakınlarına bu kişilere bakım sağlamaları şartı ile verilen bir sosyal yardım türüdür. 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun ek 7 inci maddesinde düzenlenen ve nakdi yardım olan evde bakım ödeneği, vergilerle finanse edilmektedir. Bu uygulamadan yararlanabilmek için kişilerin gelir testine tabi tutulması, engelli raporu bakım ihtiyacının bulunması şarttır.

²⁰ Özel sektöre bağlı huzurevlerine ilişkin ayrıntılı veri elde edilememiştir.

Kanuna göre en az %50 engeli olan kişilere (bakıma ihtiyacı olan engelli) bakım sağlayanların bu parayı alabilmeleri için hane içerisinde kişi başına düşen ortalama aylık gelirin, asgari ücretin aylık tutarının 2/3'ünden az olması gerekmektedir. Bakım sağlayan kişinin akrabası olması ve aynı evde yaşama şartı bulunmaktadır. AÇSHB İl müdürlüklerine yapılan müracaat sonucu gerçekleştirilen ev ziyaretlerinde uygun görülmesi halinde bakım sağlayanlara bir aylık net asgari ücret tutarında evde bakım aylığı ödenmektedir.

2008 ila 2017 yılları arasında evde bakım yardımından yararlanan kişi sayısı ve miktarı Tablo 17'de gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde görüleceği üzere 2014 yılına kadar belirli düzeyde artış gerçekleşirken 2014 yılında mevzuatta yapılan değişiklik ile evde bakım parasından yararlanma şartları kolaylaştırılmıştır. Bu düzenleme ile 2015 yılında yararlanan kişi sayısının yaklaşık 450 binden 500 bin kişiye çıkmıştır. 2015 yılından sonra yararlanan kişi sayısında bir miktar azalma meydana gelmiştir. 2013 yılı itibarıyla evde bakım parasından yararlanan kişilerin yaklaşık %33'ünü 60 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır.

Tablo 17: 2008 ila 2017 Yılları Arasında Evde Bakım Aylığından Yararlanan Kişi Sayısı

Yıllar	Yararlanan Kişi Sayısı	Ödenek Miktarı (Milyon TL)
2008	120.000	417
2009	210.320	964
2010	284.595	1.580
2011	347.756	2.214
2012	398.335	2.944
2013	427.434	3.544
2014	450.031	4.056
2015	508.481	4.470
2016	481.141	5.198
2017	499.737	5.720

Kaynak: AÇSHB, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, 2018.

3.2.2. Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Uzun dönem bakım hizmetlerinde kamu tarafından sunulan sosyal bakım, sosyal yardımlar altında örgütlenmiştir. Sosyal yardımlar, Türkiye’de vergilerle finanse edilmektedir. Dolayısıyla bakım hizmetleri de vergilerle finanse edilmektedir. Öte yandan bu hizmetlerden yararlananlar da hizmetin yürütümüne katkı sağlamaktadır. Devlete bağlı huzurevlerinde yatan kişiler gelirlerine göre belirli bir miktar aylık ödeme yapmaktadır. Özel sektör tarafından sağlanan hizmetleri ise yararlanıcı yaşlı kişi karşılamaktadır.

Yerel yönetimler tarafından yaşlılara sunulan bakım hizmetleri de bulunmaktadır. Yaşlıların evlerinin temizlenmesi, ihtiyacı olanların kişisel bakımlarının yapılması, düzenli yemek verilmesi, sosyal olanaklar sunulması yerel yönetimler tarafından sağlanan hizmetlerden bazılarıdır (Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2019). Yerel yönetimler hangi hizmetleri ne sıklıkla yapacaklarına kendileri karar vermektedir. Dolayısıyla bölgeden bölgeye, belediyeden belediyeye sunulan hizmetler ve hizmetlerin kalitesi değişmektedir.

SGK sağlık hizmetini finanse eden kurum olarak sağlık hizmet sunucuları ile anlaşma yapmakta, onlardan sağlık hizmeti satın almaktadır. SGK, Sağlık Bakanlığı ile her yıl önceden belirlenen bir bütçe üzerinden (global bütçe denmektedir) anlaşarak hizmetleri tek tek satın almamakta, Sağlık Bakanlığı toptan baştan bir ödeme yapmaktadır. Bazı üniversite hastaneleri ile de global bütçe üzerinden anlaşan SGK, özel hastanelerle ise sunulan sağlık hizmetine göre ödeme yapmaktadır. Bu hizmetleri de topladığı primlerle ve bütçesinde açığı olması durumunda vergilerle finanse etmektedir. Sağlık anlamında sigortalıların bakımdan yararlanabilmeleri için de yaşlı ve emekli kişilerin katılım paylarını ödemiş olmaları gerekmektedir. Ancak bazı durumlarda

katılım payı alınmamaktadır.²¹ Sigortalıların özel sağlık hizmet sunucularından hizmet satın almaları halinde ilave ücret ödemeleri de zorunludur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaşlı bireylere evlerinde bakım, muayene hizmetleri de sunulmaktadır.

3.2.3. Bakım Hizmetlerinin Yönetimi

Parçalı bir yapıya sahip sosyal bakım hizmetlerinin yürütümünden esas olarak AÇSHB ile yerel yönetimler sorumludur.²² Bakanlığı illerde yerel birimleri ile bu hizmetleri yürütmektedir. Kaymakamlık içerisinde bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları da bu hizmetlerden sorumludur.

Sağlık anlamında uzun dönem bakımdan sağlık hizmet sunucuları, en önemlisi Sağlık Bakanlığı sorumludur. GSS kapsamında hangi hizmetlerin sağlanacağına ise SGK karar vermektedir. SGK'nın finanse ettiği hizmetler SUT'ta yer almaktadır.

Öte yandan yerel yönetimlerce sunulan hizmetler ve kapsamı yerel yönetimden yönetime göre değişmektedir. Bu kapsamdaki hizmetler için genelde yaşlılara hizmet veren ayrı bir birim bulunmaktadır.

Özel sektör kurum ve kuruluşlarınca da hem sosyal hem sağlık bakım hizmetleri sağlanabilmektedir.

3.2.4. Bakım Hizmetlerini Sağlayanlar: Enformel Bakım ve Göçmen Kadın Emeği

Ülkemizde bakım hizmetleri kamu, özel sektör kurum ve kuruluşları tarafından sağlanmakla birlikte evde bakım sağlayan kişiler ve enformel bakıcılar da bakım

²¹ İlaç katılım payı ilacın uzun süreli kullanımı doktor tarafından rapor ile belirtilmiş ise ve mevzuata uygun ise bu ilaç için sigortalıdan katılım payı alınmamaktadır.

²² Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2018 yılında yayımlanan 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararı ile birleşerek Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olmuştur.

hizmeti sağlayanlar arasında yer almaktadır. Kurumsal bakım uygulamaları, gündüzlü, yarı ve tam zamanlı yatılı bakım, kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşları aracılığıyla yürütölmektedir. Kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanmayan kişilere evde bakım hizmeti ücretli bakım emeği sağlanarak sunulmaktadır. Ancak dünya genelinde olduğu gibi aile yakınlarının bakımı, enformel bakım, karşılaşılan en sık bakım hizmeti türüdür. Bunun yanı sıra göçmen emeği, bakım hizmetlerinde yaygın kullanılmaktadır (Gökbayrak, 2009).

İş ve Aile Yaşamının Uyumu ile ilgili TÜİK tarafından yayımlanan Haber Bültenine göre 18-64 yaş gurubunda olan ve istihdam yer alan kişilerin %42,9'unun bakım sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bakım sorumluluğunun %95'i çocuk bakımı oluşturmakta kalan %5'lik ise yaşlı akraba bakımı ile bakıma ihtiyacı olan engelliler oluşturmaktadır (TÜİK, 2018).

Çalışan ve bakım sorumluluğu olan kadınların %10'unun yaşlı veya 15 yaş ve üzeri engelli çocuk bakımı sorumluluğu vardır. Tablo 18'de kişilerin bakım yeri tercihleri görölmektedir.

Tablo 18: Türkiye'de 15 Yaş ve Üzeri Bakıma İhtiyacı Olan Çocuğu ve Akrabası Bulunan Kişilerin Bakım Yeri Tercihleri

Bakım yeri tercihi	Toplam (%)				Erkek (%)				Kadın (%)			
	Toplam	İstihdam	İşsiz	İşgücüne Dahil Olmayan	Toplam	İstihdam	İşsiz	İşgücüne Dahil Olmayan	Toplam	İstihdam	İşsiz	İşgücüne Dahil Olmayan
Bakım hizmeti kullanan	23,8	35,9	4,4	8,1	14,1	15,5	6,7	11,9	29,7	54,3	0,6	7,1
Evde ücretli bakım	22,3	34,4	4,4	6,3	12,1	13,1	6,7	10,7	28,4	53,7	0,6	5,3
Kurumsal bakım merkezleri	1,5	1,5	-	1,7	2,0	2,5	-	1,2	1,2	0,7	-	1,8
Bakım hizmeti kullanmayan	76,2	64,1	95,6	91,9	85,9	84,5	93,3	88,1	70,3	45,7	99,4	92,8
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: TÜİK İş Yaşam Uyumu Haber Bülteni, 2018.

Tablo 18 incelendiğinde görüleceği üzere işgücü piyasasında yer alan ve bakım sorumluluğu olan kadınların %53,7'si evde ücretli bakımı tercih etmektedir. Kurumsal bakım hizmeti kullananlar ise sadece %0,7'dir. Bakım sorumluluğu olup çalışan erkeklerde ise kurumsal bakım hizmetini tercih etme oranı kadınlara göre %2,5 ile 3,6 kat daha yüksek düzeydedir. 15 yaş ve üzeri bakıma ihtiyacı olan çocuk veya yaşlı akraba bakımını üstlenen kişilerin %76,2 si ise herhangi bir bakım hizmeti kullanmamaktadır. İşgücüne dahil olmayanlarda ve işsizlerde bakım hizmeti kullanmayanların oranı %90'ların üzerindedir. Bu kişiler yakınlarına kendileri bakmaktadır. İşgücü piyasasında yer alan kadınlar daha fazla bakım hizmeti satın almakta ve kullanmaktadır. Yapılan ankette bakım hizmeti kullanmayanlardan %19'u bakım hizmetlerine güvenmediğini, sunulan hizmetlerin pahalı olduğunu, ulaşabileceği mesafede bakım hizmeti veren yerlerin bulunmaması vb. nedenlerle bakım hizmeti kullanmadığını belirtmektedir (TUIK, 2018). Bakım hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin olması, hizmet talep edenlere yakın mesafelerde bulunması kişilerin bakım tercih etmelerini artıran bir unsur olacaktır.

Ülkemizin işgücü piyasasının can alıcı sorunlarından biri de kayıt dışı istihdamdır. Çalışmalarından dolayı sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birine kayıtlı olmayanların oluşturduğu sektörler itibarıyla 2008-2017 yılları arasında kayıt dışılık oranları Tablo19'da görülmektedir.

Tablo 19: 2010-2017 Yılları Arasında Türkiye'de Sektörler İtibarıyla Kayıt Dışı İstihdam Oranları

Yıllar	Tarım	Tarım Dışı	Sanayi	Hizmet	İnşaat	Genel
2008	87,84	29,76	31,61	28,77	-	43,5
2009	85,84	30,08	33,43	28,4	-	43,84
2010	85,47	29,06	32,68	27,11	-	43,25
2011	83,85	27,76	31,5	25,71	-	42,05
2012	83,61	24,51	27,89	22,73	-	39,02
2013	83,28	22,4	25,23	20,9	-	36,75
2014	82,27	22,32	20,26	21,09	36,61	34,97

2015	81,16	21,23	19,13	20,05	35,58	33,57
2016	82,09	21,72	20,2	20,35	35,76	33,49
2017	83,33	22,1	20,03	20,95	35,8	33,97

Kaynak: SGK Web Sitesi, 2019.

Görüldüğü üzere 2008-2017 yılları arasında kayıt dışılık oranları tüm sektörler nezdinde azalmış, genelde %43,5'ten %33,97 oranına inmiştir. 2018/Aralık dönemi itibarıyla ise kayıt dışı istihdam oranı %33,4'tür. Kayıt dışı istihdamın en yoğun olduğu sektör tarım sektörüdür. Tarım dışında kayıt dışı istihdamın yüksek olduğu diğer sektörler sırasıyla inşaat, hizmet ve sanayidir. Tarım dışı kayıt dışılık, %22'lerle işgücü piyasasının yapısı bozan bir nitelik taşımaktadır.

Ev hizmetleri ve bakım hizmetleri sektöründe de kayıt dışılık çok yaygındır. Evde bakımı ücretli sağlayanların pek çoğu kayıt dışı çalışmaktadır. 5510 sayılı Kanuna eklenen Ek 9'ncü madde ile bakım hizmetleri dahil olmak üzere ev hizmetlerinde çalışan kadınların kayıtlı istihdamda yer almalarının ve sosyal güvenlik hakkı elde etmelerinin sağlanması amaçlanmıştır. 1 Nisan 2015 tarihinde yürürlüğe giren Ek-9 uncu madde ile ev hizmetlerinde ayda 10 gün ve üzerinde (yabancılarda dahil olmak üzere) sigortalı çalıştıran işverenler için "kolay işverenlik" uygulaması hayata geçirilmiştir. Bu uygulama ile işverenlerden sigortalının bildiriminde, primlerinin ödenmesinde istenilen belgelerin sayısı düşürülmüştür. Böylelikle ev hizmetlerinde sigortalı çalıştıran işverenlerin yükümlülükleri azaltılmıştır. Ayrıca 10 günden az çalışan kişilerin sadece iş kazası ve meslek hastalığı yönünden de olsa SGK kapsamında yer alması sağlanmıştır.

Yakınlarına bakan ve evde bakım ödeneğinden faydalanan kişiler de enformel bakım kapsamındadır. Enformel bakımın en büyük destekleyici uygulaması "evde bakım ödeneğidir." Sosyal yardımlar kapsamında sağlanan bu ödenekten yararlanan kişiler evde bakım sundukları için herhangi bir sosyal güvenlik sistemine tabi değildir. Bu kişilerin yaptığı iş sosyal güvenlik açısından "çalışma" kavramına girmemektedir.

Bu nedenle de kendileri üzerinden sağlık hizmetine erişeme imkânları bulunmamaktadır. Bu kişiler ancak yakınlarının üzerinden bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir.

Mevcut uygulamada bakım hizmetlerinin standartlaştırılması, sürdürülebilirliği ve belirli hizmetlerin etkin ve verimli sağlanabilmesi için AÇSHB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından bakım hizmetinin ölçütlerini içeren 2014 yılında Bakım Hizmetleri Kalite Standartları yayımlanmıştır. Standartlar; bakım sektöründe çalışan kişilerin asgari ölçülerini belirlemek, bakım hizmeti alanların memnuniyetini, mahremiyetini, saygınlığını, onurunu ve güvenliğini sağlamayı hedeflemektedir. Standartlar belirlenirken bakımın kaliteli, sürdürülebilir, izlenebilir ve ölçülebilir olması esas alınmıştır (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014:7). Bakım Hizmetleri Kalite Standardı hizmetinin uygulamada kullanılması için e-BHKS linki oluşturulmuştur. AÇSHB bağlı resmi ve özel yaşlı ya da engelli bireylere bakım veren merkezlerde belirlenen kalite sorumluları sisteme şifre ile giriş yaparak standartların değerlendirilebilmesi için gerekli işlemler yapılmaktadır.²³

Türkiye’de bakım hizmetini evde verenlere yönelik Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi 2013 yılında yayımlanmıştır. Rehber, evde bakım sağlayan kişilerin neyi nasıl ve neden yapması gerektiği konusunda (günlük bakım, kişisel bakım, temizlik ve güvenlik, egzersiz, beslenme vb.) temel bilgiler sunmaktadır.

Türkiye’de bakım hizmetlerinde göçmen kadın emeği yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bakım hizmetinde refah devleti hizmetlerinin sınırlılığı, bakım hizmetinin emek yoğun çalışmayı gerektiren bir iş olması, mesai kavramının değerken olması, ülke vatandaşlarının bu işi göçmen işçilere göre daha yüksek ücretlerde yapmak

²³ E-BHKS’ye <https://appext.aile.gov.tr/Bhks/Login.aspx?ReturnUrl=%2fBhks> adresinden girilebilmektedir.

istemeleri, özellikle yatılı bakımda yabancı bakım elemanına olan talebi artırmaktadır (Gökbayrak, 2009:73). Yerli kadın işgücünün kendi hanesi içindeki yükümlülükleri, işgücünün emeği üzerindeki patriarkal denetim kadınların yatılı çalışmak istememelerine de neden olmaktadır.

Dünya genelinde artan yoksulluğu da göz önüne aldığımızda Türkiye’ye de de yabancı ülkelerden çocuk veya yaşlı bakımı için çalışmaya gelen kişi sayısının da arttığı gözlenmektedir. Her geçen gün bu kişileri arayan ailelere aracılık hizmeti sunan şirketlerin sayısı da artmaktadır.

Tablo 20: Türkiye’de 2011 ile 2017 Yıllarında Yabancıların Çalışma İzinlerinde Bakım ve Ev Hizmetleri Kapsamı

Faaliyet Türü	2011²⁴	2017
Bakım hizmetleri dahil ev hizmetleri kapsamında çalışma izni alanların sayısı ²⁵	683	15.619
Diğer faaliyetler kapsamında çalışma izni alanların sayısı	16.890	85.725
Ev hizmetlerinde çalışanlara verilen çalışma izni sayısının toplam verilen çalışma izni sayısına oranı (%)	4,04%	18,22%

Kaynak: AÇSHB, Yabancıların Çalışma İstatistikleri, 2011, 2017.

AÇSHB Yabancıların Çalışma İstatistiklerine göre 2011 yılında toplam 16.890 çalışma izni verilmiş, bu izinlerden sadece %4’ü ev hizmetlerinde çalışanlara ve bakım hizmeti verenlere verilen izinlerden oluşmaktadır (Tablo 20). 2017 yılında ise toplam 85.725 çalışma izni verilmiş, faaliyet türlerine göre bu izinlerin %18,22’si (17.376 tanesi) ev hizmetlerinde ve bakım hizmetlerinde çalışanlara verilen izinlerden oluşmaktadır. Bu verilere göre altı yılda yabancılardan çalışma izni sayısının içerisinde

²⁴ AÇSHB Yabancı Çalışma İstatistiklerini ilk defa 2011 yılında faaliyet türlerine göre yayımladığından bu yıl verileri kullanılmıştır.

²⁵ AÇSHB’nin 2017 Yabancıların Çalışma İzni İstatistiklerinden faaliyet türleri “yatılı bakım faaliyetleri”, “barınacak yer sağlanmaksızın verilen sosyal hizmetler”, “ev içi çalışan personelin işverenleri olarak hane halkının faaliyetleri” olanlar toplanarak tarafımca hesaplanmıştır.

ev ve bakım hizmetlerinde çalışanlara verilen izin sayısının oranı %450 artmıştır. 2017 yılı resmi kayıtlarına göre yurtdışından çalışmaya gelen yaklaşık her 5 kişiden biri bakım hizmetlerinde çalışmaktadır denebilir. Ayrıca 2017 yılında bakım ve ev hizmeti kapsamında verilen çalışma izinlerinin %98'i kadınlara verilmiştir (ACSHB, 2017). Bu da göçün feminizasyonunu ve bakım hizmetinde kadın göçmen emeğinin yoğunluğunu gösteren bir orandır.

Aynı dönemler için SGK İstatistiklerinde aynı faaliyet kollarında çalışan kişi olarak bildirilenlere ilişkin veriler Tablo.21'de düzenlenmiştir.

Tablo 21:Türkiye’de Bakım ve Ev Hizmetleri Kapsamında Bildirilen Kişi Sayısı-Yabancı Çalışan Oranı

Faaliyet Türü	2011²⁶	2017
Bakım hizmetleri dahil ev hizmetleri kapsamında çalışma izni alanların sayısı ²⁷	683	15.619
Bakım hizmetleri dahil ev hizmetleri kapsamında SGK’ya bildirilen sigortalı sayısı ²⁸	44.700	139.737 ²⁹
Ev hizmetlerinde çalışanlara verilen çalışma izni sayısının toplam verilen çalışma izni sayısına oranı (%)	1,5%	11,12%

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıkları, ACSHB İstatistikleri

²⁶ AÇSHB Yabancı Çalışma İstatistiklerini ilk defa 2011 yılında faaliyet türlerine göre yayımladığından bu yıl verileri kullanılmıştır.

²⁷ AÇSHB’nin 2017 Yabancıların Çalışma İzni İstatistiklerinden faaliyet türleri “yatılı bakım faaliyetleri”, “ barınacak yer sağlanmaksızın verilen sosyal hizmetler”, “ev içi çalışan personelin işverenleri olarak hane halkının faaliyetleri” olanlar toplanarak tarafımca hesaplanmıştır.

²⁸ Bildirilen sigortalı sayısında AÇSHB’nin 2017 Yabancıların Çalışma İzni İstatistiklerinden faaliyet türleri ile 5510 sayılı Kanunun Ek-9 uncu maddesi kapsamında ev hizmetlerinde çalışanlar olarak bildirilenler alınmıştır.

²⁹ 5510 sayılı Kanuna 2015 yılında yayımlanan düzenleme ile ev hizmetlerinde çalışanların kolay işverenlik uygulaması ile SGK’na bildirimleri kolaylaştırılmış ve 10 günden fazla ev hizmetlerinde çalışanlar tüm sigorta kolları açısından kapsama alınmıştır.

2011 yılında bakım hizmetleri dahil ev hizmetleri kapsamında çalışanlar kişi sayısı 44.700'dür. Bu kişilerin sadece %1,5'i yabancısıdır. 2017 yılında ise bakım ve ev hizmetlerinde çalışan kişi sayısı 139.737 kişi ve bunların %11,12'si çalışma izni alan yabancılardan oluşmaktadır.³⁰ Bu iki istatistik Türkiye'de çalışan yabancı uyruklu bakım elemanı ve ev hizmetlerinde çalışanlarda artış olduğunun göstermesinin yanı sıra, yabancılardan oluşan toplam ev hizmetlerinde çalışanlar içerisindeki oranının da arttığını göstermektedir. Bir başka deyişle SGK'ya bildirilen bakım elemanı ve ev hizmetlerinde çalışan her 10 kişiden biri yabancısıdır.

Bakım hizmetlerinde kadın göçmen emeği kullanımında kayıt dışı çalıştırma çok sık karşılaşılan bir durumdur. Yüksek nitelikli olmasına rağmen kendi ülkesinde çalışmasının karşılığında kazanacağı ücret Türkiye'de kazanacağından az olan kadınlar, kaçak göçmen olarak çocuk, yaşlı, hasta bakımında çalışmaktadır. Göçmen kadınlar çalıştıkları pek çok evde sadece bakım işi yapmamakta, evin temizlik, yemek yapımı vb. günlük işlerini de yüklenmek zorunda kalmaktadır. Genellikle kadınlar para kazanmak amacıyla geçici bir süre gelmekte, tasarruf amaçlarını yerine getirdikten sonra ülkelerine geri dönmektedir (Erdoğan ve Toksöz, 2013: 11). Kısa süreli kalacağı için bu kadınların büyük bir kısmı da sosyal güvenliğe kayıtlı olma haklarının olduğunu bilmemekte ve talepte bulunmamaktadır. Ayrıca çalışma izni almada yaşanan bürokratik sürecin uzunluğu da ailelerin bu kişileri kayıtlı çalıştırmalarını engelleyen hususlardan biridir (Erdoğan ve Toksöz, 2013).

Göçmen kadınlar tarafından sunulan bakım hizmetlerinden kentli, üst-orta ve üst sınıflar yararlanabilmekte, alt gelir grupları yararlanamamaktadır. Göçmen kadınlara ödemeler dolar cinsinden yapıldığı için ekonomik krizler, döviz kurlarında yaşanan hareketlilik göçmen kadın istihdamını da önemli ölçüde etkilemektedir (Gökbayrak, 2009: 76).

³⁰ Bu hesaplamada her bir yabancıya yılda bir kez çalışma izni alındığı varsayılmıştır.

Her ne kadar ülkemizde yaşlılara yönelik pek çok hizmet yer alsa da bu hizmetlerin etkinliği tartışmalıdır. Ülkelerde yaşlı nüfus için iyi uygulamaların varlığı ile emeklilik, sağlık, eğitim, istihdam ve yaşlı insanların yaşadığı sosyal çevreye yönelik politikalarla bu uygulamaların nasıl ilişkilendirildiğini belirten Küresel Yaş İzleme Endeksi 2015 yılı verilerine göre Türkiye, 96 ülke arasında 75 inci sırada yer almaktadır. Endeksin “gelir güvencesi”, “sağlık durumu”, “eğitim ve istihdam” ve “çevre koşulları” altında dört ayrı başlıkta yapılan değerlendirmede Türkiye gelir güvencesinde 73,6 ile 35 inci sırada (toplam değerlendirmede ilk sırada yer alan İsviçre’nin puanı 77,3’tür), sağlık durumunda 52,5 puanla 52 inci sırada (İsviçre 81,3) uygun çevre koşulları sıralamasında 67,6 ile 40’inci sırada yer almaktadır (İsviçre 83,7). Endekste en alt durumda olduğumuz konu ise eğitim ve istihdamdır. Eğitim ve istihdam başlığında Türkiye 7 puanla 93’üncü sıradadır, (İsviçre 75 puan) yaşlı nüfusun eğitim durumu ve istihdama katılım düzeyleri çok düşük seviyededir. Sağlık durumu ile birlikte değerlendirdiğimizde ülkemizdeki yaşlıların pek çoğu kronik hastalıklarla uğraşmakta ve bakım hizmetine ihtiyaç duymaktadır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Son yıllarda dünyada çok tartışılan demografik dönüşüm ve yaşlanma artık ülkemizin de önemli sorunlarından biri haline gelmektedir. Hatta sosyal bilimlerde ve sosyal politikalarla ilgili yapılan tüm tartışmalarda yaşlanma ve ortaya çıkardığı sorunlar temel gündem maddesidir.

Güney refah rejimine benzer bir yapı sergilemekle birlikte nevi şahsına münhasır olan Türkiye’de bakım işinden aile, ailede de esas sorumlu kadınlardır. Ancak şehirleşmenin artması ve üretim ilişkilerinin değişmesi ile beraber kadının istenilen düzeyde olmasa da işgücü piyasasında yer alması, bakım sorumluluğunda kadının rolünü değiştirmektedir. Aile yapılarında çekirdek ailenin başat aile tipi haline gelmesi ile birlikte değerlendirildiğinde uzun dönem bakım, sadece ailelere bırakılmayacak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Birleşmiş Milletlerin Sürdürülebilir Kalkınma İçin Küresel Hedeflerinden biri de çocuklar, yaşlılar gibi kırılgan durumdaki bireyleri yoksulluktan kurtararak sosyal koruma programları içerisine almaktır. Anayasamızda da yaşlıların devletçe korunacağı belirtilmiştir.

Çalışma esasına göre yürütülen sosyal güvenlik sistemimizde yaşlılara yönelik pek çok düzenleme bulunmaktadır. Kamu tarafından SGK aracılığıyla yürütülen yaşlılık sigortası, 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık yarısına gelir güvencesi sağlamaktadır. Malullük ve ölüm sigortasından sağlanan yardımlar ile sosyal yardımlar kapsamında 2022 sayılı Kanuna göre ödenen 65 yaş aylığı ile birlikte değerlendirildiğinde bu uygulamalar, kamu tarafından yürütülen ve 65 yaş ve üzeri nüfusun %80’inden fazlasına gelir sağlayan uygulamalardır. Ancak 2008 yılında yapılan sosyal güvenlik reformu ile yaşlılık aylığının tutarı geçmişte aynı koşullara sahip kişilere bağlanan aylıklara göre düşmektedir. Bunların yanı sıra özel sektör tarafından yürütülen ve

Dünya Bankası tarafından üçüncü sütun emeklilik olarak tanımlanan bireysel emeklilik sistemi de ülkemizde mevcuttur. 2001 yılında yasalaşan ve fon biriktirme esasına dayalı sisteme katılım, gerek %25 devlet katkısı gerekse 2017 yılında yürürlüğe giren otomatik katılım sistemi ile de arzu edilen düzeylerde gerçekleşmemiştir. Bu sebeple emeklilik sisteminde kamu emeklilik sistemi yanında devreye giren bireysel emeklilik sistemi, kapsam açısından henüz yolun başındadır denebilir.

Her ne kadar aktif yaşlanmayı özendiren politikalar artsa da yaşlılıkta görülen hastalık sayısı artmaktadır. Sosyal güvenlik sistemimizde yaşlılar genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden çeşitli katılım payları, ilave ücret ödeyerek yararlanabilseler de özellikle uzun dönem bakım hizmetleri sosyal güvenlik sistemimizde düzenlenmemiştir.

Ülkemiz, kurumsallaşmış ve iyi bir şekilde kurgulanmış ve geniş anlamda toplumsal tabana yayılmış uzun dönem bakım hizmetlerinden yoksundur. Türkiye’de uzun dönem bakım hizmetleri kapsamında sayılabilecek pek çok hizmet yer almasına karşın kişilere planlı, programlı ve tüm nüfusu kapsayan bir bakım modeli kurulması ve devletin bakım rolünü üstlenmesi, yaşlanan toplum için bir ihtiyaç haline gelmiştir.

Sosyal güvenlik sistemimizde uzun dönem bakım bir sosyal risk olarak tanımlanmalıdır. Bu kapsamda devlet, kişilerin hak ve ihtiyaç temelli bir anlayışla bakım hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamalıdır. Şu anda uygulanan bakım uygulamaları kişilerin gelir düzeylerine ve engellilik durumlarına göre yapılmaktadır. Sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler kapsamında yapılan bakım hizmetinin sunumunda kayırmacı politikalar varlığını göstermektedir. Politikacılar, oy almak ve iktidarda kalmak için yaptığı uygulamalarla kendisine bağımlı, sosyal yardım alan kitle oluşturmaktadır. Kültürel anlamda da bir dönüşüm yaratan bu uygulamalar kişilerin çalışma hayatına katılımını da olumsuz etkileyebilmektedir. Sosyal yardımlardan hak etmeyenlerin de faydalandığı bu durum, gerçekten ihtiyaç duyanların mevcut kısıtlar

nedeniyle bakım hizmetlerine ulaşamamalarına sebep olabilmektedir. Ayrıca, sosyal yardımların etkinliği kayıt dışı istihdamın varlığının yüksek olduğu, işgücü piyasasında enformelleşme ile beraber atipik istihdamın yaygın olduğu ülkelerde biçimsel ve hak temelinden uzak bir durum ortaya çıkarabilmektedir.

Ancak hak temelli bir anlayış ile bakım hizmetlerinden herkes yararlanabilir. Uzun dönem bakım hizmetlerinin herkesin kapsamda yer aldığı, gelir testine bağlı bir düzenleme anlayışından çıkarılıp ihtiyaç temelli bir anlayışla organize edilmesi gerekmektedir. İsveç'te bakım hizmetlerinde ihtiyaç temelli anlayış gözetilmektedir. Japonya ve Almanya'da sigorta modeli hâkim olduğu ve hemen hemen herkes kapsamda yer aldığından bakım sigortası kapsamındaki hizmetlerden kişiler gelir testi olmadan faydalanabilmektedir. Türkiye'nin toplumsal yapısı göz önüne alınarak ailenin bakımdaki rolünü yadırgamadan ancak bakımı sadece ailenin insafına bırakmadan kurgulanacak sistemle kapsama tüm ihtiyaç sahiplerini alarak sosyal korumanın geniş bir tabana yayılması sağlanabilir. Türkiye sosyal sigortacılık, çalışma anlayışına dayalı bir sosyal güvenlik sistemini uygulamaktadır. Genel sağlık sigortasında ise evrensellik ilkesi hâkim olup, tüm nüfus genel sağlık sigortası kapsamındadır. Sosyal güvenlik sisteminde uzun dönem bakım bir risk olarak tanımlandığında genel sağlık sigortasındaki gibi herkes bakım sigortası kapsamında yer alabilir. Almanya'da benzeri uygulanan bu sistemle "sandviç kuşağı" denilen hem ebeveynlerine hem de çocuklarına bakmak zorunda kalan kuşağın da bakım yükleri azaltılmış olur.

Burada da temel bir bakım hizmetinin ihtiyaç duyan herkese sağlanması, onun dışında sağlanacak hizmetlerden faydalanıcıların ilave ücret ödeyerek yararlanmaları beklenebilir. Dünya'da var olan her modelde bireyler küçük de olsa yararlandıkları hizmetin belirli bir maliyetini karşılamaktadır. İsveç, Almanya ve Japonya'da da sisteme katkı görülmektedir. Japonya'da bölgesel farklılıklara göre hizmetlerin "birim" olarak ifade edildiği ve kamu tarafından ödemelerin bu birimlere göre yapıldığı sistem

Türkiye’de de geliştirilebilir. Özellikle gelir farklılıklarının olduğu bölgelerde ücretler ve hizmetlerin fiyatları değişmektedir. Devlet, hizmetlerin maliyetini hesaplarken kullanacağı bu birim farklılaştırılması ile her bölgede yaşayanların bakım ihtiyaçlarına cevap verebilir.

Bakım hizmetlerinin finansmanının nasıl sağlanacağı da hizmetin sürdürülebilirliği ve kalitesi açısından önemlidir. Bakım hizmetleri, Almanya ve Japonya’da olduğu gibi sigorta modeli ile kurgulanarak kişilerden prim alınması suretiyle finanse edilebilir. Sosyal sigorta modeli kurgusunda senaryolar hazırlanıp aktüeryal denge açısında sistemin sürdürülebilirliğine yönelik uzun vadeli projeksiyonlar yapılmalıdır. Başka araştırmada bu konu değerlendirilebilir. Primlerle karşılanmayan, vergilerle finanse edilen İngiltere ve İsveç olduğu gibi sistem kurulması da tartışılabilir. Bu hesaplamalar ve değerlendirmeler yapılırken işgücü piyasalarının durumu, kayıt dışı istihdamın varlığı, artan göçmen emeği, kadınların işgücü piyasasına katılım oranının düşüklüğü de hesaba katılarak sağlanacak toplumsal faydanın maliyete göre yüksek düzeyde olması beklenmelidir. Ayrıca refah devleti uygulamalarının birden değişmeyeceği “patika bağımlılığı”nın mevcut olduğu unutulmayarak sosyal diyalog ve uzlaşma çerçevesinde düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Uzun dönem bakım hizmetlerinin kim tarafından organize edileceği de önemli bir sorundur. Konu ile ilgili tartışmalarda son dönemde finansal sürdürülebilirliğin yanı sıra belirli bir standardizasyonun sağlanması, sunulan bakım hizmetinin süreç olarak kalitesi ve zaman açısından da ulaşılabilirliğinin yüksek düzeye olması beklenmektedir. Bu kapsamda, merkezde bakım hizmetlerinin mevzuatının düzenlenmesinden, ülke genelinde koordinasyonun sağlanmasından sorumlu bir kurul kurularak, gerekirse onun alt birimleri ve belediyeler aracılığıyla hizmetlerin yürütümü sağlanabilir. İncelenen ülke modellerinde de belediyelerin bakım ile ilgili yükümlülükleri bulunmaktadır. Türkiye’de de belediyelerin de etkin rol aldığı ancak merkezden denetim ve yürütümün

sağlandığı bir model, belediyelerde ortaya çıkabilecek kayırmacılık anlayışı önleyebilir. Merkezi bir sistem üzerinden hak sahipliğinin tanınıp uygulanması, başvuruların bu sistem üzerinden yapılmasının sağlanması bu tip uygulamaların azalmasına katkı sağlayacaktır. Japonya'daki “care manager” bakım yönetimi uygulaması, etkinlik ve entegre bakımın sağlanması açısından da örnek oluşturabilir.

Uzun dönem bakım hizmetlerinde sağlık bakımı ve sosyal bakımın bir arada uygulanması bakım maliyetini azaltabilecek bir unsurdur. Bakım hizmetlerinin yürütümünün tek elden merkezi bir kurum tarafından sağlanması, uzun dönem bakım hizmetlerinde çok tartışılan ve önerilen entegre bakım uygulamasının da sağlanmasına aracılık etmiş olur.

Hizmetlerden yararlanmada, kişilerin günlük aktivitelerini yerine getirmede, bakıma ihtiyaç durumlarının belirlenmesi kriteri önemlidir. Kişilerin, engellilik durumlarının yanı sıra günlük aktivitelerini yerine getirme durumları da göz önüne alınarak Almanya örneğinde olduğu gibi bakıma ihtiyaç duyulan seviyeler belirlenebilir. Belirlenen seviyelere göre sağlanacak yardımlar ve hizmetler çeşitlendirilerek sunulabilir. Uzun dönem bakımla ilgili sistem kurgulanırken öncelikle Japonya'da olduğu gibi “bakıma ihtiyaç duyanlar” ve “desteğe ihtiyaç duyanlar” olarak ayrılarak seviye belirlenmesi de yapılması mümkündür.

Uzun dönem bakım hizmetleri kurgulanırken sağlanacak yardımlarda öncelikle önleyici bakım hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır. Burada Japonya güzel bir örnektir. Önleyici bakım hizmetleri denilince akla aktif yaşlanma gelmektedir. Aktif yaşlanma uygulamaları artırılmalıdır. Önleyici bakım hizmetlerinin yaygınlığı, daha sonra da entegre bakım uygulamaları faydalanıcıların ileride daha maliyetli bakıma olan ihtiyaçlarını azaltacağı gibi sistemin finansal açıdan sürdürülebilirliğine de katkı sağlayabilir.

Uzun dönem bakım uygulamalarında evde bakım, birkaç ülke hariç kurumsal bakımdan daha çok tercih edilmektedir. Kamu için evde bakımın maliyeti, kurumsal bakım hizmetlerinin maliyetinden daha düşüktür. Evde bakımda ailede yaşayan bireyler de bakıma katkı sağlamakta, görünmeyen bir fayda yaratmaktadır. Ancak alzheimer, demans ve palyatif bakım gerektiren bazı durumlarda evde bakım artık mümkün olamamakta, alanında uzman kişilerden alınacak kurumsal bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle hem evde bakım uygulamalarının hem de kurumsal bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, iyi kurgulanması şarttır.

Türkiye’de bakım hizmetlerinde akrabaların evde bakımı sağlaması halinde bakımı sağlayanlara “evde bakım ödeneği” verilmektedir. Mevcut sistemde hanenin gelirin bakarak kişiler evde bakım ödeneğinden yararlanmaktadır, bu da refah rejiminin aile temelli olmasını desteklemekte, ailenin işlevselliğini sürekli kılmaktadır. Ayrıca enformel bakımı temel almaktadır. Kurulacak sistemde evde bakım ödeneği, Almanya örneğinde olduğu gibi gelirden bağımsız olarak bakıma muhtaç kişilere verilmelidir.

Buna ilave evde bakım ödeneği uygulamasında kişiler bakım sağlayacak kişileri kendileri seçebilmelidir. Bakıma muhtaç kişiler sadece yakınlarından değil, başkalarından da bu hizmeti satın alabilir hale gelmelidir. Bu uygulama yaşlıların ev içerisinde kötü muameleye ve bakıma maruz kalma ihtimalini azaltır. Uygulamanın hayata geçirilmesi halinde, yakınına bakan kişiler de yakınlarının vefatı durumunda başka bakıma muhtaç kişilere bakarak kendi gelirlerini elde edebilir, ekonomik bağımsızlığa kavuşabilir. Bu uygulama enformel bakımın yaygınlığını da azaltarak, daha düzenlenmiş bir evde bakım sistemi getirebilir.

Evde bakım ödeneğinin varlığı ve aileden bağımsız düzenlenmesi, aynı zamanda bireysel bakım uzmanları mesleğinin de oluşmasına da katkı sağlayabilir. Endüstri 4.0 çağı denilen teknoloji çağında insan emeğinin kullanımı sanayi sektöründe azalmakta,

hizmet sektöründe ise artmaktadır. Sanayi sektöründe bazı fabrikalarda üretim bantlarında insan çalışmamakta, otomasyona gidilmektedir. Bakım ise emek yoğun bir sektör olduğu için bu sektördeki istihdam, işsizliğin azalmasına da katkı sağlayabilir.

Bakım sektörünün gelişmesinde bakım işinin insana yaraşır iş bağlamında değerlendirildiği, saygın ve aslında fedakârlık da gerektiren bir iş olduğuna ilişkin bilinçlendirme ve halkla ilişkiler çalışmaları yapılmalıdır.

Devlet, evde bakım almak isteyen yaşlılara Almanya örneğinde olduğu gibi ayni yardımlar kapsamında kendi anlaştığı bağımsız bakım uzmanları ile de hizmet sunumu sağlayabilir.

Bakımın toplumsallaştırılması, sosyal bir risk olarak sosyal güvenlik sisteminde tanımlanması ile birlikte işgücü piyasasından evdeki bakım sorumlulukları nedeniyle uzak kalan kadınların işgücü piyasasına erişimi önündeki en önemli engellerden biri ortadan kalkmış olur. Kadınların işgücü piyasasına ve kayıtlı istihdama kazandırılmaları, devletin bu kişilerden vergi ve prim geliri elde edilmesine de katkı sağlar, ekonomik üretkenlik artar. Bu kadınların sosyal güvenlik sistemindeki bağımlı statüsü ortadan kalkarak, sosyal güvenlik sistemi açısından hem gelir artırıcı hem de gider azaltıcı bir unsur olarak karşımıza çıkabilir.

Bakım hizmetlerini sunan kişilerin eğitim durumları da önemli bir husustur. Gerek evde bakım uygulamalarında olsun gerekse kurumsal bakım hizmetlerinde olsun bu kişilerin belirli bir eğitim programından ya da sertifikasyondan geçmesi gereklidir. Bakım hizmeti hem evde bakım uygulamaları ile hem de kurumsal bakım uygulamaları, hizmet alan ve hizmet veren açısından multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gereken bir meseledir. Bakım hizmeti sunan kişilere belirli aralıklarla Almanya, Japonya örneğinde olduğu gibi eğitimler verilmesi, sertifikasyon sağlanması, kontroller

yapılması yapılan işin ve mesleğin değerini de artıracak, bakım hizmeti sağlayanları da psikolojik olarak rahatlatacaktır.

Bakım hizmeti veren kişilerin sosyal güvenlik haklarının sağlanması ve düzenlenmesi de gerekmektedir. Genellikle enformel olarak sürdürülen bakım emeğinde kayıt dışılık yüksek seviyelerdedir. Mevcut uygulamadaki evde bakım ödeneği parası, yaşlı ve engelli yakınına bakan kişilere verilmekte, bu kişilerse genelde ev içerisinde kadınlardan oluşmaktadır. Evde bakım parası alan kişiler bir hizmet ortaya koymakta ancak koydukları hizmet ve emekleri karşılığında sosyal güvenlik haklarına sahip olamamaktadır. Uzun dönem bakım hizmeti sağlayan bu kişilerin dolayısıyla emeklilik hakkı bulunmamakta, genel sağlık sigortasından da ancak başkasının bakmakla yükümlü olduğu kişi olmaları halinde yararlanmaları mümkün kılınmaktadır. Yakınlarına evde bakım hizmeti sağlayan bu kişiler, bakım yükleri nedeniyle işgücü piyasasına girip iş de arayamamaktadır. Evde bakım sağlayan kişilere, özellikle bu işi daha kırılabilir yapıdaki kadınların yaptığı göz önüne alınarak, yapılacak yasal düzenleme ile sosyal güvenlik hakları verilmelidir.

Bakım hizmetlerinde çalışan kişiler arasında da kayıt dışılık çok yaygındır. Sağlıklı bir uzun dönem bakım sisteminin kurulması, akreditasyon uygulamaları ile işgücü devir hızının yüksek olduğu bakım sektöründe kayıt dışılık azaltılabilir.

Bakım hizmetlerinde göçmen bakım emeği, Türkiye'nin coğrafi konumu gereği de çok karşılaşılan ve ileride de karşılaşılabilecek olan bir durumdur. Özellikle yatılı bakım Alzheimer, demans ve yatağa bağımlı hastalar için tercih edilmektedir. Sosyal dışlanma sorunu ile karşı karşıya kalan göçmen kadınların sağladığı bakım hizmetlerinin de kurgulanacak uzun dönem bakım sistemi tarafından desteklenmesi, hem bakım alan kişilerin bakım hizmetlerine erişilebilirliğini artıracak hem de bakım sunan kişilerin güvenceli çalışmalarına katkı sağlayacaktır.

Kişilerin, özellikle yaşlı bireylerin sağlıklı ve sosyal bakımdan iyi olma halinin devamlılığının sağlanmasında uzun dönem bakım hizmetleri bir araçtır. Uzun dönem bakım hizmeti sürecinin ve sonucunun kalitesini sağlamada bakıma ihtiyaç duyan kişilere mümkün olan en iyi bakım hizmetinin verilmesi, günlük aktivitelere yardımın yanı sıra sağlık anlamında da bakım hizmetinin sağlanması yani bakımın etkililiği önemlidir. Bunun yanı sıra hizmet alanların güvenliği de uzun dönem bakımda bazen karşımıza sorun alanı olarak çıkmaktadır. Evde ve kurumsal bakım uygulamalarında bakım sağlayan kişinin herhangi bir istismara, kötü muameleye maruz kalmaması sağlanmaya çalışılmalıdır. Zaman zaman medyada olumsuz örnekler yer almaktadır. Bu konuda bilinçlendirme ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bakımın insan odaklı olması, çalışan kişilerin profesyonel olması, yaşanan çevre ve bakımda teknolojinin kullanımı kaliteyi artıracak unsurlardır. Örneğin yatağa bağımlı bir yaşlı bireyin bakımında “hasta yatağı” olarak adlandırılan yatağın kullanımı bireyin rahatsızlıklarını önlemede etkili olabilmektedir. Etkili alarm sistemlerinin kurulması ve kullanılması da hasta ile ilgili bilgi edinmede, ilaç saatlerinin geldiğini hatırlatmada kullanılabilir. Yaşanılan çevrede hastaya özel ev içi araç uygulamalarının bulunması, yaşlılara uygun güvenli çevre ortamının sağlanması bakım kalitesini etkileyen diğer unsurlardır.

Bakım hizmetlerine tüm toplum tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Kamu tarafından sağlanan bakım hizmetlerinden faydalanabilmek için bazen kişiler uzun süreler sıra beklemektedir. Özel sektör tarafından sağlanan bakım hizmetleri ise bazı bölgelerde çok yüksek fiyatlarda sunulmaktadır. Kurulacak bir bakım sistemi ile bireylerin yaşlılıkta bakıma ayıracakları tutar azalabilir böylelikle daha iyi hizmet almaları sağlanmış olabilecektir.

Türkiye’de demografik dönüşüm ve yaşlanmanın etkisini daha fazla hissedilmeye başlandığı, yaşlılık aylığı miktarının ise giderek azaldığı, bakım maliyetlerinin de giderek arttığı bir süreç yaşanmaktadır. Giderek maliyeti artan bakım

hizmetlerinin sosyal güvenlik sistemi içerisinde bir risk olarak meşrulaştırılması ile geçmişin refah yaratıcısı olan ve toplumun gelişmesine katkı sağlayan yaşlı bireylere hak ettikleri değer ve önemin kazandırılmasına katkı sağlanmış olacaktır.



KAYNAKÇA

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Yabancı Çalışma İstatistikleri, (2017).

<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/3372/yabanciizin2017.pdf>

Erişim Tarihi: 29 Mart 2019

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Resmi İnternet Sayfası.

www.ailevecalisma.gov.tr

Erişim Tarihi: 5 Ocak 2019

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2018). Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Veriler. Ankara.

Ağören, V. (2015). Demografik Fırsat Penceresinin Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi

Alman Kamu Hastalık Kasaları Çatı Örgütü Web Sitesi. (2019). GKV-Spitzenverband

<https://www.gkv-spitzenverband.de/>

Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019

Alman Özel Hastalık Kasaları Çatı Örgütü Resmi İnternet Sayfası. (2019).

<https://www.pkv.de/>: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>

Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019

Alman Sosyal Sigorta Kurumu Resmi İnternet Sayfası. (2018).

<https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/versicherungsrecht/866-beitragssatz-pflegeversicherung-2019.html>

Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019

Almanya İstatistik Kurumu, Statistisches Bundesamt. (2019).

<https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/LongTermCare/Tables/PeopleLongTermCare.html;jsessionid=350186A3DCF5B614773C68A20BEA4148.InternetLive1>

Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2019

Alper, Y., Çağaçan, D., & Sayan, S. (2012). *2050' ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sosyal Güvenlik (Emeklilik) Sistemlerine Bakış*. İstanbul: Tusiad.

- Ankara Büyükşehir Belediyesi. (2019). *Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmet Merkezi*.
<https://ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri/yaslilara-hizmet-merkezi>
Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2019
- Arıcı, K. (1999). *Sosyal Güvenlik Dersleri*. Ankara: Sargın Ofset.
- Arıcı, K., & Alper, Y. (2013). *Sosyal Güvenlik*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- ASPB, Ö. H. (2013). *Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Güvence Modeli ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu*. Ankara.
- Ankara Üniversitesi: Bakım Hizmetleri. (2018).
https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56035/mod_resource/content/0/10_BAKIM%20H%C4%B0ZMETLER%C4%B0.pdf
Erişim Tarihi: 11 Kasım 2018
- Bal, T. (2016). *OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler*. Sosyal Güvenlik Dergisi, 159-195.
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). *Comparing Care Regimes in Europe*. Feminist Economies, (10:1) 85-113.
- Bilir, N. (2006). *Değişen Halk Sağlığı Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları*. Toplum Hekimliği Bülteni, 1-6.
- Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Araştırması (2017)
<https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>
Erişim Tarihi: 5 Ekim 2018
- Bocquaire, E. (2015). Long-Term Care Coverage in Europe.
<https://www.soa.org/.../pub-2016-05-ltc-coverage-europe>
Erişim Tarihi: 2 Ocak 2019
- Briggs, A. (1961). The Welfare State in Historical Perspective. *Archives Européennes de Sociologie*, Vol:2(Issue 2), 221-258.
http://www.econ.boun.edu.tr/content/2015/summer/EC-48B01/Lecture%20Note-3_Briggs_2006-06-29-2015.pdf
Erişim Tarihi: 13 Aralık 2018
- Buğra, A. (2010). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Sosyal Politika*. İstanbul: İletişim.

Buğra, A., & Keyder, Ç. (2003). *Yeni Yoksulluk ve Türkiye'nin Değişen Refah Rejimi*. Ankara: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı.

Care Quality Commission. (2018). *The State of health care and adult social care in England*.

Cincotta, R. P., & Robert, E. (1997). Economics and Rapid Change: The Influence and Rapid Growth. *Population Action International*.

https://pai.org/wp-content/uploads/2012/01/Economics_and_Rapid_Change_PDF.pdf

Erişim Tarihi: 9 Ekim 2018

Colombo, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing. 12 3, 2018 tarihinde

<http://dx.doi.org/10.787/9789264097759-en>

Erişim Tarihi: 3 Aralık 2018

Commission, E. P. (2014). *Adequate Social Protection for Long Term Care Needs in an Ageing Society*. Lüksemburg: European Union.

Commission, O. a. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Health Policies*. Paris: OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

Erişim Tarihi: 4 Aralık 2018

DPT. (2007). *Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*. Ankara: DPT.

EGM, E. G. (2019). *Emeklilik Gözetim Merkezi (EGM)*.

<https://www.egm.org.tr/bireysel-emeklilik/bireysel-emeklilik-nedir/>

Erişim Tarihi: 17 Nisan 2018

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). *Bakım Hizmetleri Kalite Standartları*. Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.

<https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/engelli-bakim-hizmetleri/bakim-hizmetleri-kalite-standartlari-kitabi.pdf>

Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019

Erdoğan, S., & Toksöz, G. (2013). *Kadınların Görünmeyen Emeginin Görünen Yüzü Türkiye'de Ev İşçileri*. Ankara: ILO.

Esping-Andersen, G.(1999). *Social Foundation of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, New York.

Esping-Andersen, G. (2010). Altın Çağ Sonrası? Küresel Bir Ekonomide Refah Devleti İnkilemleri. A. Buğra, & Ç. Keyder içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (s. 53-100). İstanbul: İletişim Yayınları.

Esping-Andersen, G. (2010). Sosyal Riskler ve Refah Devletleri. A. Buğra, & Ç. Keyder içinde, *Sosyal politika Yazıları* (s. 33-52). İstanbul: İletişim Yayınları.

Ferrera, M. (1996). Sosyal Avrupa'da "Güney Refah Modeli. A. K. Buğra içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (s. 195-231). İstanbul: İletişim.

Fişek, G. (2012). Sosyal Güvenlik Ders Notları.

Fişek, G., Türcan Özşuca, Ş., & Şuğle, M. A. (1997). *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996*. Ankara: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.

Frerk, T., Lieber, S., Österle, A., & Rossow, V. (2018). Opening a Black Box: Brokering agencies in the evolving market for live-in migrant care work in Austria and Germany . *International Conference on Global Dynamics of Social Policy*, (s. 1-27). Bremen.

Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany*. Brüksel: European Commission.

Germany Federal Ministry of Health. (2017). *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system"*.

Glendinning, C. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care United Kingdom*. Brüksel: European Commission.

Gough, I. (2010). Günay Avrupa'da Sosyal Yardım. A. Buğra, & Ç. Keyder içinde, *Sosyal Politika Yazıları* (s. 231-261). İstanbul: İletişim.

Gökbayrak, Ş. (2009). *Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar*.

<http://calismatoplum.org/sayi21/gokbayrak.pdf>

Erişim Tarihi: 14 Kasım 2018

Gökbayrak, Ş. (2010). *Refah Devletinin Dönüşümü ve Özel Emeklilik Programları*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Gökhan, G. (2012). Uzun Dönemli Bakım Sigortası ve Finansmanı. *I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi*, (s. 387-393). İzmir.
<https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/yasli-bakim-hizmetleri/i-uluslararasi-katilimli-yasli-bakim-modelleri-ve-rehabilitasyon-turizmi-kongresi-ve-iii-geriatrik-fizyoterapi-kongresi-bildirileri-kitabi.pdf>
- Erişim Tarihi: 16 Kasım 2018
- Gürsoy Çuhadar, S., & Lordoğlu, K. (2016, Mart). Demografik Dönüşüm Sürecinde Türkiye'de Yaşlanma ve Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*(54), 63-80.
<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/329448>
- Erişim Tarihi: 10 Ekim 2018
- Handicare UK. (2018). *How care homes and nurseries are coming together for good*. AgeUK:
<https://www.ageukmobility.co.uk/mobility-news/article/intergenerational-care>
- Erişim Tarihi: 26 Ekim 2018
- Hoşgör, Ş., & Tansel, A. (2010). *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemine Yansımalar*. İstanbul: Tusiad.
- ILO. (2018). *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*. Geneva: International Labour Office.
- IOM. (2018). *World Migration Report 2018*.
https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf.
- Erişim Tarihi: 10 Ekim 2018
- ISSA. (2016). *Ten Challenges For Social Security*. Cenova.
<http://socialprotection.org/discover/publications/ten-global-challenges-social-security>
- Erişim Tarih: 15 Kasım 2018
- ISTAT. (2018). *İtalyan İstatistik Kurumu 2018 Yıllık Raporu*. Roma: ISTAT.
- Japonya Sağlık Bakanlığı, (2016). Long-Term Care Insurance System of Japan.
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf
adresinden alındı
- Erişim Tarihi: 26 Ocak 2019
- Julien, D. (2016). *The Socio-economic Impact of Social Security*. Geneva: International Social Security Association.

- Kesbiç, C. Y., & Duramaz, S. (2018). Türkiye'de Bireysel Emeklilik Sisteminin Gelişimi ve Sermaye Piyasalarına Etkisi. *Uluslararası Politik, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Kongresi* (s. 67-79). Niğde: Pesa.
- Kızılkuş, A. A., & Yılmaz, A. (2009). *Bir Reformun Anatomisi*. Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu.
- Köksel, B. (2016). Demografik Fırsat Penceresinden Türkiye'de İstihdam ve İşsizlik. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 2013-2020.
- Lestaeghe, R. (2014). The second Demographic Transition: A Concise Overview of Its Development. *Amerika Ulusal Bilimler Akademisi-PNAS*, 18112-18115.
<http://www.pnas.org/content/111/51/18112>
- Erişim Tarihi: 10 Mart 2018
- Maisonneuve, C. d., & Martins, J. O. (2013). *Public Spending on health and long-term care: a new set of projections*. OECD Economic Policy Papers.
<http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>
- Erişim Tarihi: 7 Aralık 2018
- Marshall, G. (2003). *Sosyoloji Sözlüğü*. (K. D. Akınhay Osman, Çev.) Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Matteo, J., Emmanuele, P., Michele, R., & Natili, M. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. European Social Policy Network (ESPN).
- Mersin, S., Demiralp, M., & Öz, F. (2018). Yaşlı Bireylerin Kendilerine ve Yaşamlarına İlişkin Özdeğerlendirmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 135-154.
- Metin, M. (2014). Almanya Federal Cumhuriyetindeki Zorunlu Bakım Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği. *Uzmanlık Tezi*.
- Michel, S. (2010). *Beyond the Global Brain Drain: The Global Care Drain*.
<https://www.theglobalist.com/beyond-the-global-brain-drain-the-global-care-drain/>
- Erişim Tarihi: 18 Şubat 2019
- MISSOC. (2018). *Mutual Information System on Social Protection*.
<https://www.missoc.org/missoc-database>
- Erişim Tarihi: 18 Kasım 2018
- Naldini, M., & Saraceno, C. (2008, Kasım). Social and Family Policies in Italy: Not Only Frozen But Far From Structural Reforms. *Social Policy & Administration*(42), 733-748.

- OECD. (2018). *Education At A Glance 2017*. OECD.
- OECD. (2018). *Health At A Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019). *World Labour Force Participation Rates*
- OECD, & Commission, E. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. OECD Publishing.
- Oğuz, F., & Ünal, H. v. (2017). *Evde Çocuk Bakımı Projesi Etki Analizi Raporu*. Ankara: SGK.
- Okur, A. R., Güzel, A., & Caniklioğlu, N. (2009). *Sosyal Güvenlik Hukuku 5510 sayılı Kanuna Göre Hazırlanmış* (12 b.). İstanbul: Beta Yayınları.
- Önder Erol, P. (2018). Toplumsal Değerler Sistemleri Olarak Ailecilik ve Bireyciliğin Doğurganlık Üzerine Yansımaları. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*(35), 869-891.
- Özdemir, S. (2007). *Küreselleşme Süresince Refah Devleti*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.
- Özşuca, Ş. T., & Gökbayrak, Ş. (2010, Haziran). Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Uyum Sorunu ve Denetim Mekanizmalarında Etkinliğin Sağlanması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 49-83.
- Schön, P., & Heap, J. (2018). *ESPN Thematic report on Challenges in long-term care: Sweden*. Lüksemburg: European Social Policy Network.
- Seyyar, A., & Oğlak, S. (2011). Almanya ve Japonya'da Bakım Sigortası Uygulamaları (Mukayesli Bir Değerlendirme). *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*(55), 737-757.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. (2018). İstatistik Bülteni.
www.sgk.gov.tr
- SGK. (2019). *Sosyal Güvenlik Kurumu Resmi İnternet Sayfası*. mart 27, 2019 tarihinde www.sgk.gov.tr adresinden alındı
- Sosyal Hizmetler Kanunu. (1983).
- SSA. (2017). *Social Security Programs Throughout the World: Asia and Pasific, 2016*. USA Social Security Administration Office of Retirement and Disability Policy, Washington.
- SSA. (2018). *Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2018*. ISSA. Washington: Social Security Administration.
- Talas, C. (1997). *Toplumsal Politika* (5. baskı b.). Ankara: İmge Yayınevi.

- Tediosi, F., & Gabriele, S. (2010). *The Long Term Care System for the Elderly in Italy*. Roma: ENEPRI Research Report.
- Tsutsumi, S. (2010). *Long-term Care Insurance in Japan*. Tokyo: Japan International Cooperation Agency (JICA). ,
- TUİK. (2017). *İstatistiklerle Aile*. Türkiye İstatistik Kurumu: www.tuik.gov.tr adresinden alındı
- TUİK. (2018). *İş ve Aile Yaşamının Uyumu Haber Bülteni*. www.tuik.gov.tr: www.tuik.gov.tr adresinden alındı
- TUİK. (2019). *İşgücü İstatistikleri*. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30677>: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30677> adresinden alındı
- Türcan Özşuca, Ş. (2006). Sosyal Güvenlik Reformu ve İşgücü Piyasası. *Kamu'da Sosyal Politika*, 5-11.
- Türkiye Sigorta Birliği. (2017). *Bireysel Emeklilikte Otomatik Katılım Araştırma Raporu/Kalitatif ve Kantitatif Çalışma*. İstanbul: Türkiye Sigorta Birliği.
- WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Lüksemburg: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization).
- WHO. (2018). *Long Term Care Systems*. Geneva: WHO. 11 *World Population Review*. (2019). <http://worldpopulationreview.com/countries/total-fertility-rate/>
- Erişim Tarihi: 21 Ocak 2019
- Yüceşahin, M. (2011). Türkiye'nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım. *Coğrafi Bilimler Dergisi*.

ÖZET

Demografik Dönüşüm ve Uzun Dönem Bakım Hizmetleri Sorunu

Ekonomik büyüme, sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler ve toplumsal yapıdaki diğer değişimlerin etkisi ile ortaya çıkan demografik dönüşüm ve yaşlanma olgusu tüm dünya ile beraber ülkemizde de en önemli gündem maddelerinden biri haline gelmiştir. Toplumların yaşlanması, çalışma çağındaki nüfusun azalması sosyal güvenlik sistemlerini hem finansal açıdan etkilemekte, sosyal bir risk olarak karşımıza çıkan uzun dönem bakım hizmetinin sosyal güvenlik sisteminde yeni bir sosyal risk olarak tanımlanması ihtiyacı artmaktadır.

Bu yüksek lisans tezinde yaşlanan nüfusun ve demografik dönüşümün de etkisi ile Türkiye’de uygulanabilecek uzun dönem bakım hizmetler modelleri konusunda değerlendirmeler yapılmıştır. Buna ek olarak, Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemi, yaşlılara yönelik sosyal güvenlik hizmetleri ve uygulanan uzun dönem bakım hizmetleri hakkında bilgi verilmiştir. Tezde ayrıca refah rejimlerine göre bazı ülkelerde uygulanan farklı uzun dönem bakım modelleri incelenmiştir. Soruna ilişkin ülkemizin refah rejiminin özellikleri de dikkate alınarak önerilerde bulunulmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Demografik değişim, yaşlanma, uzun dönem bakım hizmetleri, sosyal güvenlik

ABSTRACT

Demographic Transition and Long Term Care Problem

Demographic transition and ageing that has emerged as a result of economic growth, technological developments in health and other changes in the social structure has started to be an important issue in our country as well as the whole world. With the decrease in the working age population and ageing of societies effects social security systems financially. Therefore, long-term care services become a new social risk and it should be defined as a new risk into the dynamic social security system.

In this master thesis, it is evaluated with the impact of the ageing population and demographic change, which long-term care service models can be implemented in Turkey. In addition to this information social services and the implementation of long-term care services for the elderly in Turkey is given. Different long-term care models applied in some countries according to welfare regimes are also examined in the thesis. Regarding the problem by taking into consideration the characteristics of our country's welfare regime, some proposals are suggested.

Key words: Demographic transition, ageing, long term care services, social security