

# TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN PROAKTİF YÖNÜ VE MALİ YÜKÜ ANALİZİ ETÜT ARAŞTIRMASI



Türkiye'de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması



# TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN PROAKTİF YÖNÜ VE MALİ YÜKÜ ANALİZİ ETÜT ARAŞTIRMASI

Kasım 2016



**T.C.  
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI  
AİLE VE TOPLUM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

**TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN  
PROAKTİF YÖNÜ VE MALİ YÜKÜ ANALİZİ  
ETÜT ARAŞTIRMASI**

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı  
Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin  
Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi  
Etüt Araştırması  
Kasım 2016

### Araştırma Takımı

*Koordinatör* Yürütücü  
Tuğçe Demir Vildan Samancı Peksezer

*Danışman / Yazar Grubu*  
Doç. Dr. Mehmet Ali Eryurt,  
Vildan Samancı Peksezer

*Editör*  
Tuğçe Demir

*Proje İzleme Grubu*  
Tuğçe Demir, Ömer Faruk Danış,  
Ebru Doğan

*Redaksiyon*  
Binnur Çakır, Tuğçe Demir

*Akademik İçerik Danışmanlığı*  
İNGEV İnsani Gelişme Vakfı

*Tasarım ve Uygulama*  
Çizge Tanıtım ve Matbaacılık Ltd. Şti.

*Kapak Fotoğrafı*  
Shutterstock

*Araştırma ve Politika Serisi 42*  
2016, Ankara

*Baskı ve Cilt*  
Çizge Tanıtım ve Matbaacılık Ltd. Şti.  
Mrk. Efendi Mah. Davutpaşa Cad.  
Kale İş Merkezi No:232 Zeytinburnu / İST.  
T:+90 212 482 5628 / Sertifika No: 13308

*İletişim*  
T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı  
Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok.  
No. 10/A 24. Kat Çankaya / ANKARA  
T: +9 0312 705 5513  
F: +9 0312 705 5599  
arsopol@gov.tr  
www.aile.gov.tr

©2016 Bu araştırmanın tüm yayın hakları saklıdır.  
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın izni olmaksızın  
tamamı veya herhangi bir kısmı herhangi bir  
biçimde ve yöntemde çoğaltılamaz ve dağıtılamaz.

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ASDEP</b>	Aile Sosyal Destek Programı
<b>ASPB</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BMKP</b>	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
<b>DALY</b>	Disability Adjusted Life Years - Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılları
<b>GSYH</b>	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
<b>HÜNEE</b>	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>İBBS</b>	İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development - İktisadi İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHÇEK</b>	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
<b>SOYBİS</b>	Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>SYGM</b>	Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü
<b>SYDV</b>	Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı
<b>TAYA</b>	Türkiye Aile Yapısı Araştırması
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>USB</b>	Uzun Süreli Bakım

# İÇİNDEKİLER

<b>TABLolar</b>	5
<b>ŞEKİLLER</b>	7
<b>TANIMLAR</b>	8
<b>YÖNETİCİ ÖZETİ</b>	10
<b>1.GİRİŞ</b>	20
1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Dağılımlarına Genel Bakış	21
1.2. Türkiye’de Demografik Dönüşüm Süreci ve Yaşlı Nüfus	27
1.3. İBBS Düzey-1 (12 bölge) Bazında Yaşlı Nüfusun Değişimi (2007-2015)	33
<b>2. YAŞLILARA YÖNELİK POLİTİKA GELİŞTİRME İHTİYACI</b>	38
2.1. Demografik Eğilimler	38
2.2. Kültürel Değişim	40
2.3. Uluslararası Süreçlerin Teşviki	40
2.4. Yaşlanmanın Maliyeti	41
<b>3. DÜNYADA YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ</b>	43
3.1. Sayılarla Ülkeler Arası Yaşlı Bakım Hizmet Karşılaştırması	45
3.2. Seçilmiş Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Hizmetlerin İncelenmesi	48
3.2.1. Almanya Yaşlı Bakım Hizmetleri	50
3.2.2. Hollanda Yaşlı Bakım Hizmetleri	51
3.2.3. İsveç Yaşlı Bakım Hizmetleri	53
3.2.4. İngiltere Yaşlı Bakım Hizmetleri	55
3.2.5. Fransa Yaşlı Bakım Hizmetleri	58
3.2.6. İspanya Yaşlı Bakım Hizmetleri	61
3.2.7. İtalya Yaşlı Bakım Hizmetleri	64
<b>4. TÜRKİYE’DE MEVCUT DURUMDA YAŞLILARA YÖNELİK SUNULAN SOSYAL YARDIM VE HİZMETLER</b>	66
4.1. Nakit Yardımlar	66
4.1.1. 2022 Sayılı Kanun Kapsamındaki Sosyal Yardımlar:	66
4.1.2. Evde Bakım Yardımı:	67

4.2. Kurumsal Bakım Hizmetleri	68
4.2.1. Huzurevleri:	68
4.2.2. Yaşlı Yaşam Evleri:	70
4.2.3. Yaşlı Hizmet Merkezleri:	71
4.2.4. Engelli Bakım Hizmeti:	71
<b>5. BAKIM HİZMETLERİ MALİ YÜK PROJEKSİYONLARI</b>	<b>72</b>
5.1. Veri Kaynağı ve Yöntem	72
5.2. Varsayımlar ve Hizmet Senaryolarına Göre Tahminler	72
5.3. Yatırım İhtiyacı Projeksiyonu:	74
5.4. Cari Harcamaların Projeksiyonu:	81
5.5. Evde Bakım Yardımı Projeksiyonu	88
<b>6. SONUÇ VE TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER</b>	<b>92</b>
6.1. Hizmete Erişim	92
6.1.1. Politika Önerisi: Arz Eksenli Kapsayıcı Hizmet Sunumu	93
6.2. Organizasyonel Yeniden Yapılanma	95
6.2.1. Politika Önerisi: Bütüncül Kurumsal İşbirliği	95
6.3. Kurumsal Bakım Başta Olmak Üzere Hizmet Sunumunun Yerele Devri	96
6.3.1. Politika Önerisi: ASPB'nin Yeniden Yapılanması ve Sosyal Hizmetlerde Yerel Yönetimlerle İşbirliği	97
6.4. Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Çeşitlendirilmesi	99
6.4.1. Politika Önerisi: Evde Bakım Hizmetinin Geliştirilmesi	100
6.4.2. Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi	102
6.5. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde İnsan Kaynağı İhtiyacı	105
<b>KAYNAKÇA</b>	<b>107</b>

# TABLolar

<b>Tablo 1.</b> 60 Yaş ve Üzeri Nüfusta Kurumsal Bakım Hizmeti ya da Evde Bakım Yardımı Alanlar (2015)	13
<b>Tablo 2.</b> Altyapı Maliyet Projeksiyonu	15
<b>Tablo 3.</b> Toplam Cari Maliyet Projeksiyonu	16
<b>Tablo 4.</b> Evde Bakım Yardımı Projeksiyonu	17
<b>Tablo 5.</b> 1950-2100 Döneminde Dünya Ülkelerinde Yaşlı Nüfus Büyüklüğü ve Yaşlı Nüfusun Oranı	25
<b>Tablo 6.</b> Yaşa Göre Nüfusun Değişimi, 1935-2075	30
<b>Tablo 7.</b> İBBS Düzey-1 ve Cinsiyete Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfus (Kişi Sayısı)	34
<b>Tablo 8.</b> İBBS Düzey-1'e Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı (Yüzde)	35
<b>Tablo 9.</b> İBBS Düzey-1 ve Cinsiyete Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfus, 2015-2023 (Kişi Sayısı)	36
<b>Tablo 10.</b> İBBS Düzey-1'e Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfusun Oranı, 2015-2023 (Yüzde)	37
<b>Tablo 11.</b> Seçilmiş Bazı Ülkelerde ve Türkiye'de Yaşlanma Hızı	39
<b>Tablo 12.</b> Kamu Sağlık ve Uzun Süreli Bakım Harcamalarının Milli Gelire Oranı (Yüzde)	42
<b>Tablo 13.</b> AB Ülkelerinde Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Yapısı	48
<b>Tablo 14.</b> Türkiye'de Kurumsal Bakım Hizmetlerine İlişkin Sayısal Bilgiler	68
<b>Tablo 15.</b> 2015 İtibarıyla Bölgeler Bazında ASPB Huzurevlerinde Kalan ve Sıra Bekleyenlerin Dağılımı	69
<b>Tablo 16.</b> Huzurevinde Kalan ve Huzurevine Girmek İçin Sıra Bekleyen Yaşlı Sayıları	69
<b>Tablo 17.</b> ASPB Huzurevlerinde Çalışan Personel Yapısı	70
<b>Tablo 18.</b> Farklı Senaryolara Göre İBBS Düzey-1 ve 3 İl Düzeyinde Huzurevinde Kalma Potansiyeli Olan Nüfusun Yaşlı Nüfusa Oranı	73
<b>Tablo 19.</b> Farklı Senaryolarda Yıllara Göre Huzurevinde Kalmak İçin Talepte Bulunacak Yaşlı Sayısı ve İhtiyaç Duyulan Huzurevi Sayısı	75
<b>Tablo 20.</b> Yıllara Göre Huzurevinde Kalmak İçin Talepte Bulunacak Yaşlı Sayısı	76
<b>Tablo 21.</b> Yıllara Göre İhtiyaç Duyulan Yeni Huzurevi Sayısı	77
<b>Tablo 22.</b> Yıllara Göre Altyapı Maliyetleri	79

<b>Tablo 23.</b> Farklı Senaryolara Göre Altyapı Yatırım Maliyetleri ve ASPB 2015 Bütçesine Oranı	81
<b>Tablo 24.</b> 2015 İtibarıyla ASPB Huzurevlerindeki Cari Harcama Kalemleri Dağılımı	81
<b>Tablo 25.</b> Yıllara Göre “Toplam Cari Harcama” Maliyeti	82
<b>Tablo 26.</b> Yıllara Göre “Personel Harcama” Maliyeti	84
<b>Tablo 27.</b> Yıllara Göre “Diğer Harcama” Maliyeti	85
<b>Tablo 28.</b> Farklı Senaryolara Göre Cari Harcama Maliyetleri (Milyon TL)	87
<b>Tablo 29.</b> Farklı Senaryolara Göre Cari Harcama Maliyetlerinin ASPB 2015 Bütçesine Oranı (Yüzde)	88
<b>Tablo 30.</b> Gelir Seviyesi En Düşük Yüzde 20’lik Dilimdeki Hanelerde Yaşayan ve Evde Bakım Yardımı Alma İhtiyacı Duyabilecek Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İBBS Düzey-1’de Yaşlı Nüfus İçindeki Oranı	89
<b>Tablo 31.</b> İBBS Düzey-1’de Evde Bakım Yardımı Alabilecek Yaşlı Sayısı (Kişi Sayısı)	90
<b>Tablo 32.</b> İBBS Düzey-1’de Evde Bakım Yardımının Maliyeti (Milyon TL)	90
<b>Tablo 33.</b> Evde Bakım Yardımı Alabilecek Kişi Sayısı, Toplam Maliyet ve ASPB 2015 Bütçesine Oranı	91
<b>Tablo 34.</b> Farklı Yaş Gruplarında Bağımlılık Oranı (Yüzde)	101
<b>Tablo 35.</b> ASPB Huzurevi Büyüklükleri	102

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1.</b> Dünyada ve Türkiye’de Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresinin Değişimi, 1950-2050 (Yüzde)	21
<b>Şekil 2.</b> Dünyada Yaşlı Nüfusun (60 yaş ve üzeri) Sayısal Büyüklüğünün Değişimi,	22
<b>Şekil 3.</b> Türkiye’de Yaşlı Nüfusun (60 yaş ve üzeri) Sayısal Büyüklüğünün Değişimi, 1950-2100 (Bin)	22
<b>Şekil 4.</b> Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus (60 yaş ve üzeri) Oranının Değişimi, 1950-2100 (Yüzde)	23
<b>Şekil 5.</b> Doğurganlık Düzeyinde Yaşanan Değişim, 1923-2015 (Yüzde)	27
<b>Şekil 6.</b> Doğuştaki Beklenen Ortalama Yaşam Süresinin Yıllara Göre Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)	28
<b>Şekil 7.</b> Ortanca Yaşta Yaşanan Değişim, 1935-2075 (Yüzde)	29
<b>Şekil 8.</b> Yaşa Göre Nüfusun Oransal Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)	31
<b>Şekil 9.</b> Bağımlılık Oranlarının Değişimi, 1940-2075 (Yüzde)	32
<b>Şekil 10.</b> Yaşlanma Endeksinin Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)	32
<b>Şekil 11.</b> 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Uzun Süreli Bakım Hizmeti Alanların Oranı, 2000 - 2011 (veya en yakın yıl) (Yüzde)	46
<b>Şekil 12.</b> 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Evde Bakım Alanların Oranı, 2000 - 2011	47
<b>Şekil 13.</b> GSYH İçinde Sağlık ve Sosyal Hizmet Kaynaklı Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Ayrılan Kamu Harcamaları, 2011 (veya en yakın yıl) (Yüzde)	48
<b>Şekil 14.</b> Fransa Evde Bakım ve Kurumsal Bakım Skalası	59
<b>Şekil 15.</b> İspanya’da Yaşlı Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı (2013 Yılı Verileri)	63
<b>Şekil 16.</b> Yıllar İtibarıyla Evde Bakım Yardımından Faydalanan Kişi Sayısı	67
<b>Şekil 17.</b> Yaşlı Nüfus ve Kurumsal Bakım İlişkisi	93



## TANIMLAR

**Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS):** Kişilerin yerleşim yerlerine göre nüfus bilgilerinin güncel olarak tutulduğu, nüfus hareketlerinin her an izlenebildiği, MERNİS (Merkezi Nüfus İdare Sistemi) kayıtlarındaki TC Kimlik Numarasına göre kişiler ile ikamet adreslerinin eşleştirildiği bir kayıt sistemidir.

**Alzheimer hastalığı:** Günlük yaşamsal aktivitelerde azalma, bilişsel yeteneklerde bozulma ve davranış değişikliklerinin eşlik ettiği bir hastalıktır.

**Antinatalist politika:** Doğurganlığı azaltmayı amaçlayan nüfus politikalarıdır.

**Çalışma çağı nüfusu:** 15-64 yaş aralığındaki nüfus grubudur.

**Çocuk nüfus:** 0-14 yaş aralığındaki nüfus grubudur.

**Demans:** Genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan ve çoğu kez yavaş ilerleyen, beynin bilgi, davranış ve gündelik yaşamı sürdürme konularında gösterdiği yetersizliktir.

**Demografik Dönüşüm Süreci:** Tarımsal üretim yapısından sanayileşmeye doğru giderken, toplumların yüksek doğum ve yüksek ölüm hızına sahip bir nüfus yapısından düşük doğum ve düşük ölüm hızına sahip bir nüfus yapısına geçiş yaptığı tezine dayanan bir kuramdır.

**Doğurganlık hızı:** Bir kadının doğurgan olduğu varsayılan 15-49 yaşları arasında yaşayacağı ve belirli yaşa özel doğurganlık hızını takip edeceği varsayımı altında ortalama doğurabileceği canlı çocuk sayısıdır.

**Doğuştaki beklenen yaşam süresi:** Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır.

**En yaşlı nüfus:** 85 yaş ve üzerindeki nüfus grubudur.

**Evde bakım – OECD tanımı:** Bireylerin ev ortamında yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmak üzere, ücret karşılığı eğitimsiz bakıcılar ya da profesyonel uzmanlar tarafından verilen hizmetleri, günlük bakım ve yaşlı merkezlerini, evde bakım programlarını ve yardım ödeneklerini kapsayan tüm bakım hizmet ve yardımlardır.

**Genç bağımlılık oranı:** 15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 0-14 yaş grubundaki kişi sayısıdır.

**Geriatri:** Yaşlılık dönemindeki sağlık sorunları ve bu sorunların tedavileriyle ilgilenen tıp dalıdır.

**İBBS Düzey-1:** (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey 1.) Nüfus, coğrafya, bölgesel yakınma planları, temel istatistiki göstergeler, illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması kriterleri göz önüne alınarak tanımlanmış 12 bölgedir.

**Kurumsal bakım – OECD tanımı:** Bakımevleri, huzurevleri, yaşlı rezidansları ve tatil köyleri gibi kurumlarda sağlanan yatılı bakım hizmetleridir.

**Nüfus artış momentumu:** Doğurganlık yenilenme düzeyine ulaştıktan sonra nüfusun bir süre daha nüfusun iç dinamiklerinin etkisi ile artmaya devam etme eğilimidir.

**Ortanca yaş (Medyan yaş):** Nüfusu oluşturan kişilerin yaşları, küçükten büyüğe doğru sıralandığında ortada kalan kişinin yaşıdır. Buna göre, nüfusun yarısı bu yaştan küçük, diğer yarısı da bu yaştan büyüktür.

**Palyatif bakım:** Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla ortaya çıkan problemlerde hasta ve ailenin fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanarak acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesi üzerinde çalışan bakımdır.

**Pronatalist politika:** Doğurganlığı artırmayı amaçlayan nüfus politikalarıdır.

**Toplam yaş bağımlılık oranı:** 15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 0-14 ve 65 ve daha yukarı yaş gruplarındaki kişi sayısıdır.

**Uzun süreli bakım – OECD tanımı:** Ödeme karşılığı alınan tüm bakım hizmetlerini kapsamaktadır.

**Yaşlanma endeksi (ageing index):** 0-14 yaş grubundaki her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaş grubundaki kişi sayısıdır.

**Yaşlanma hızı:** 65 yaş ve üzeri nüfusun 0-64 yaş arasındaki nüfusa oranının yüzde 7'den yüzde 14'e geçiş süresidir.

**Yaşlı bağımlılık oranı:** 15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaş grubundaki kişi sayısıdır.

**Yenilenme düzeyi:** Toplam doğurganlık oranının 2,1 düzeyinde olması ile tanımlanır.

## YÖNETİCİ ÖZETİ

### GİRİŞ

Dünya genelinde sosyo-ekonomik alanda ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler neticesinde yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 1950'li yıllarda dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi 50 yaşın altında iken günümüzde 70 yaşın üzerine çıkmıştır. Gelişmiş ülkelerde ise doğuştan beklenen yaşam süresi 80 yaş sınırına dayanmıştır. Benzer şekilde 1950'li yıllarda Türkiye'de 41 yaş olan doğuştan beklenen yaşam süresi günümüzde 76 yaş seviyesine çıkmıştır. Günümüzde Türkiye'de her 10 kişiden birisi yaşlı iken 2050'de her dört kişiden birisinin, 2075'te ise her üç kişiden birisinin yaşlı olması beklenmektedir (United Nations, 2015). Birleşmiş Milletler, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüzde 8 ile yüzde 10 arasında olması durumunda o ülke nüfusunu "yaşlı nüfus", yüzde 10'un üzerinde olması durumunda ise "çok yaşlı nüfus" olarak değerlendirmektedir. Türkiye, BM'nin "çok yaşlı nüfus" olarak nitelendirdiği ülkeler arasına girmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Bu çalışmada, Türkiye'deki yaşlı nüfusun büyüklüğünün coğrafi bölgelere göre dağılımının belirlenmesi ve hâlihazırda ASPB'nin yaşlılara sunduğu bakım hizmetlerinin gelecekte yaratacağı mali yükün tahmin edilmesi amaçlanmıştır. Öncelikle dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusun tarihsel gelişimi ve bakım modelleri incelenmiş ardından nüfus projeksiyonu verileri kullanılarak farklı sosyal hizmet modelleri için altyapı ve işletme maliyetleri tahmin edilmiştir. Son bölümde ise mevcut bakım hizmetlerinin bugünkü durumu, iyileştirilmesi için öneriler ve yaşlı bakım hizmeti konusunda alternatif hizmet önerileri ele alınmıştır.

Yaşlı nüfus tanımında genel bir görüş birliği yoksa da karşılaştırılabilir en doğru ayırım kronolojik ayırmadır. Dünya Bankası ve OECD gibi kuruluşlar 65 yaş ve üzeri nüfusu yaşlı nüfus olarak nitelendirirken Dünya Sağlık Örgütü ve BM 60 yaş ve üzeri nüfusu yaşlı nüfus kapsamında ele almaktadır. Bu çalışmanın temel veri kaynaklarından birisi olan Türkiye Aile Yapısı Araştırmasında yaşlı nüfus olarak 60 yaş ve üzeri nüfusun alınması ve Türkiye'de huzurevlerine 60 yaş ve üzeri nüfusun kabul edilmesi gibi temel nedenlerle bu çalışmada yaşlı nüfus olarak 60 yaş ve üzeri nüfus alınmıştır.

### YAŞLILARA YÖNELİK POLİTİKA GELİŞTİRME İHTİYACI

Yaşlı nüfusun artışı insanlık açısından bir başarı öyküsüdür çünkü yaşlı nüfusun, toplam nüfus içindeki payının artma eğiliminde olması sosyo-ekonomik gelişmelerle, kentleşmenin yaygınlaşmasıyla, sağlık alanında sağlanan iyileşmelerle ilişkilidir. Öte yandan, yaşlı nüfusun çok hızlı bir şekilde artmasının sosyal güvenlik sistemine, sağlık sistemine getireceği yük yaşlılara yönelik sunulacak bakım hizmetlerinin maliyeti gibi boyutlarla da ele alınmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlanmanın uzun bir sürece yayıldığı Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin ise bu süreci çok daha hızlı bir şekilde yaşadıkları ve ekonomik gelişmişlik seviyelerinin bu maliyeti karşılamakta zorluk yaratacağı düşünüldüğünde nüfusun yaşlanması olgusuna karşı hazırlıkların olabildiğince erken yapılması önem taşımaktadır.

Yaşlı nüfustaki artış son 50 yılda hemen tüm ülkeleri yaşlılara yönelik politika geliştirmeye yöneltmiştir. BM, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin geniş katılımlı, yaşlıların toplumdaki rolü ve yaşam kalitesine yönelik politika önerileri yaşlılık konusunu Türkiye'nin de dâhil olduğu pek çok ülkenin gündemine getirmiştir (ASPB, 2012).

Yaşlanma sürecinin maliyeti ülkeleri yaşlanma konusunda politika üretmeye yönelten en önemli faktörlerden biridir. Ortalama yaşam süresinin uzaması emeklilikte geçen süreyi uzatırken sisteme katkı veren çalışan sayısının düşmesine neden olmaktadır. Yaşlanma ile birlikte sağlık maliyetlerinin, evde bakım ve kurumsal bakım hizmet ihtiyacının da artması beklenmektedir. 2060 yılında OECD ülkelerinde sağlık ve uzun süreli bakım harcamalarının milli gelire oranının 2006-2011 ortalamasına göre yüzde 3,7 ile yüzde 7,6 arasında artması beklenmektedir (OECD, 2013b).

### DÜNYADA YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

Yaşlanma sürecinin küresel olarak ivme kazanması, sosyal ve mali yükünün sürekli artması hem yaşlı bakım hizmetlerini geliştirme konusunda çabaları artırmakta hem de maliyet etkin bir yapı kurma yönündeki arayışları güçlendirmektedir. Hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı bakım modelleri kurumsal bakım, evde bakım, kişisel destek ve nakit transferleri ekseninde şekillenmektedir (Simonazzi, 2009).

Bakım modelleri konusunda farklı uygulamalar varsa da farklı kurum ve kuruluşlar tarafından sağlanan bakım hizmetlerini birleştiren bütüncül sistemler öne çıkmaktadır. Bütünleştirilmiş hizmet anlayışında temel problemlerden birisi sosyal hizmetler ile sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyondur. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler organizasyon yapısı, niteliği ve personel yapısı itibarıyla tamamen farklı olduğu için iki hizmetin tek bir çatı altında sunulması pratikte mümkün değildir. Bu sorunu çözmek için ihtiyacı belirleyen, farklı birimler arası hizmetleri koordine eden ve verilen hizmeti izleyip hizmet sunucularına geri bildirimde bulunan yaşlı danışma sistemi göze çarpmaktadır (Leichsenring, 2004:10).

2011 verilerine göre OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun ortalama yüzde 12'si evde ya da bir kurumda bakım hizmetleri almaktadır. Yaş arttıkça uzun süreli bakım hizmetlerini alanların oranı da hızla artmaktadır (80 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 30'u bakım hizmet türlerinden birini almaktadır). OECD 21 ülke içinde 65 yaş ve üzeri yaş grubunun yüzde 4'ü kurumsal bakım hizmeti almaktadır (OECD, 2013a).

Kurumsal bakım, Avrupa içerisinde de talep ve/veya hizmet anlamında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin Kuzey Avrupa'da 65 yaş ve üzeri yaş grubunda kurumsal bakım hizmeti alanlar yüzde 6'ya kadar çıkarken Güney Avrupa'da yüzde 1'e kadar düşebilmektedir. Birçok ülkede hem bireylerin tercihi hem de ekonomik sebeplerden dolayı "evde bakım hizmetleri" ağırlıklı hizmet modeli olma eğilimindedir. Japonya ve Macaristan evde bakım modelinin en yaygın

olduğu ülkelerdir. Uzun süreli bakım hizmeti alanların yüzde 75'i evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır (OECD, 2013a).

Yaşlı bakım hizmet modelleri hakkında detaylı bilgi vermek için bazı Avrupa ülkelerinin yaşlı bakım hizmetleri incelenmiştir. Seçilen ülkeler uzun süreli bakım hizmetlerinde finansman, kurumsal bakım ya da aile içi (informel) bakımın ağırlığı ve nakit yardımların payına göre ayrıldıkları dörtlü gruplamaya göre belirlenmiştir (Kraus, Riedel, Mot, Röhring ve Czypionka, 2010). İncelemek için birinci gruptan Almanya, ikinci gruptan Hollanda ve İsveç, üçüncü gruptan İngiltere, Fransa, İspanya, dördüncü gruptan ise İtalya yaşlı bakım hizmetleri seçilmiştir. İspanya ve İtalya ayrıca geleneksel aile yapısı ve yaşlı bakımında ev içi bakımın ağırlığı açısından Türkiye'ye benzer yapıda olmaları nedeniyle de incelemeye dâhil edilmiştir. İncelenen ülkelerin hemen hepsinde aile içi (informel) bakıma doğru bir yöneliş bulunmaktadır. Yaşlı bakım hizmetlerinde, bireyi mümkün olduğu kadar evinde kendi başına yeter şekilde yaşamasına destek olmak amacıyla evde bakım hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Öte yandan kurumsal bakım hizmet ve yatırımlarının devam ettiği ancak evde bakımın yetersiz kaldığı sağlık problemleri artmış, bağımlılık düzeyi artmış, demans, Alzheimer hastaları ya da ileri yaş gruplarının bakımına doğru evrildiği söylenebilir. Bakım hizmetlerinin finansmanı kamu kaynakları (vergiler) tarafından karşılanırken bireyin de geliri oranında masraflara katkıda bulunması beklenmektedir. Bireye verilecek bakım hizmetlerinin tür ve düzeyini belirlemek amacıyla yaşlının günlük aktivitelerini ne düzeyde yapabildiğini ölçen "ihtiyaç analiz testleri" kullanılmaktadır. Bakım hizmetlerinin organizasyonunda hizmetin yerel yönetimler tarafından sağlandığı merkezi yapının ise finansal kaynakları, hizmet standartlarını, genel politikaları belirlediği ve denetlediği bir yapı öne çıkmaktadır. Bakım hizmetlerinde iyi örnekler olarak gösterilen Kuzey Avrupa ülkelerinde mahalle bazında "uzman bakıcı/hizmet birim örgütlenmesi" göze çarpmaktadır.

## TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUMDA YAŞLILARA YÖNELİK SUNULAN SOSYAL YARDIM VE HİZMETLER

Türkiye'de yaşlılara yönelik olarak sunulan hizmetler kurumsal bakım ve nakit yardımlar şeklindedir. Nakit yardımlar 2022 sayılı Kanun çerçevesinde verilen yaşlı aylığı ve 5373 sayılı Kanun çerçevesinde verilen bakım aylığıdır. Söz konusu yardımlar yaşlılara aile ve yakın çevresi tarafından verilen aile içi (informel) bakımı desteklemek içindir. Kurumsal bakım hizmetleri başlığı altında 60 yaş ve üzerindeki vatandaşlar için huzurevleri, yaşlı yaşam evleri ve yaşlı hizmet merkezleri bulunmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri kapsamında ayrıca engelli bireyler için resmi veya özel bakım merkezlerinde engelli bakım hizmetleri de verilmektedir (ASPB, 2015a).

Tablo 1'e bakıldığında 2015 yılı itibarıyla 60 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık yüzde 1,5'i nakit evde bakım yardımından faydalanmıştır. Huzurevlerinde ise çok sınırlı sayıda yaşlıya hizmet verilmektedir. Özel huzurevleri de dâhil edildiğinde kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan yaşlıların oranı yüzde 1'in altındadır.

**Tablo 1. 60 Yaş ve Üzeri Nüfusta Kurumsal Bakım Hizmeti ya da Evde Bakım Yardımı Alanlar (2015)**

	Sayı	%
<b>60 Yaş ve Üzeri Toplam Nüfus</b>	<b>9.603.706</b>	<b>100,0</b>
Kurumsal Bakım Hizmeti Alanlar (kamu ve özel)	28.433	0,3
ASPB huzurevlerinde kalanlar	12.299	0,1
Evde bakım yardımı alan yaşlılar*	156.000	1,6

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, 2015

\*2015'te 464 bin kişi evde bakım yardımı almıştır, bunların da 156 bini 60 yaş ve üzeri gruptandır.

Bunun dışında yaşlı yaşam evleri gibi ev tipi kurumsal hizmetler ve bazı büyükşehir belediyelerinin sunduğu yaşlının evine götürülen hizmet modelleri de (temizlik, alışveriş, ilaç takip başta olmak üzere) bulunmaktadır. Ancak bu tip hizmetler henüz ülke genelini kapsayıcı olmaktan uzak ve müstakil örnekler şeklinde sınırlı bir yapıdadır.

## BAKIM HİZMETLERİ MALİ YÜK PROJeksiYONLARI

Bu çalışmanın ana amaçlarından biri bugünkü yaşlı bakım hizmetlerinin aynen devam etmesi durumunda 2023 yılına kadar bakım hizmetlerinin nasıl bir mali yük oluşturacağı projeksiyonudur. Projeksiyonda ASPB tarafından 2006 ve 2011 yıllarında yapılan TAYA araştırmaları, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünden temin edilen yaşlı bakımına ilişkin veriler, Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileri ve TÜİK nüfus projeksiyonları temel veri kaynakları olarak kullanılmıştır.

Yaşlı nüfusun gelecekte huzurevinde kurumsal bakım alma talebinin hangi düzeyde olacağına ilişkin üç senaryo geliştirilmiştir. Birinci senaryoda, mevcut durumda bakanlık huzurevlerinde kalanların ve huzurevinde kalmak üzere başvurup sırada bekleyenlerin yaşlı nüfus içerisindeki oranı (%0,21); ikinci senaryoda, 21 OECD ülkesinde huzurevinde kurumsal bakım hizmeti alan yaşlı nüfusun yüzdesi (%4,1); üçüncü senaryoda ise TAYA-2011'de yaşlılık döneminde huzurevinde kalmak istediğini beyan eden yetişkin nüfusun oranı (%10,3) temel alınmıştır.

Çalışmada yaşlı nüfusa yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin maliyet projeksiyonları, altyapı yatırım maliyetleri ve cari harcamalar için ayrı ayrı yapılmıştır. Cari harcama projeksiyonları da kendi içinde "toplam harcama", "personel harcamaları" ve "diğer harcamalar" biçiminde ayrıştırılmıştır. Yaşlılara yönelik hizmetin evde bakım yardımı şeklinde nakit yardım olarak yapılması durumunda oluşacak maliyet için de ayrı bir maliyet projeksiyonu yapılmıştır. Maliyet projeksiyonları İstatistik Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS)-1 düzeyindeki 12 istatistik bölge ve üç büyük il için (Ankara, İstanbul, İzmir) yapılmıştır.



Tablo 2'de mevcut durum ve üç senaryo için olası hizmet talebi ve altyapı maliyetleri toplu olarak sunulmuştur. 2015 yılı bütçesinde toplam kamu bütçesi 473.000.000.000 TL, ASPB bütçesi ise 18.249.634.000 TL olarak belirlenmiştir (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2016). ASPB için toplam kamu bütçesinin yüzde 3,9'u ayrılmıştır. Altyapı yatırımları projeksiyonları, 2015 yılındaki ASPB bütçesi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde, birinci senaryoda (huzurevinde kalmak üzere sırada bekleyenler için ek huzurevlerinin tamamının 2017 yılı içinde yapılması durumunda) 2017 yılı için altyapı maliyeti ASPB bütçesinin yüzde 5,1'ine denk gelmekte, sonraki yıllar için yaklaşık olarak yüzde 0,5 seviyesinde seyretmektedir. İkinci senaryoda olduğu gibi huzurevlerinde kalacak yaşlı oranının OECD ülkelerinin ortalama seviyesine (yüzde 4,1) çıkması durumunda ihtiyaç duyulan ek huzurevleri için altyapı maliyeti 2017 yılı için ASPB bütçesinin 2,3 katına çıkacağı sonraki yıllarda ise ASPB bütçesinin yaklaşık onda biri civarında olacağı görülmektedir. Üçüncü senaryoda Türkiye'de yaşlı nüfusun yüzde 10,3'ünün huzurevinde kalması durumunda ise ihtiyaç duyulan altyapı maliyeti, 2017 yılı için ASPB bütçesinin 6 katına çıkmakta takip eden yıllarda da bu durum bütçenin dörtte birinin altyapı harcamalarına ayrılmasını gerektirmektedir.

Tablo 19'a göre İBBS-1 düzeyinde, Senaryo 1 ve Senaryo 2 varsayımlarında ağırlıklı İstanbul ve Ege bölgelerinde (özellikle İzmir) huzurevine daha yoğun bir talep bulunurken Senaryo 3'de Akdeniz bölgesi talebin en yüksek olduğu bölgedir. Kuzeydoğu Anadolu ise tüm senaryolarda talebin en düşük düzeyde olduğu bölgedir.

2015 Mevcut Durum*		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>60+ Yaş nüfus</b>	<b>9.603.706</b>	<b>10.145.534</b>	<b>10.460.494</b>	<b>10.894.403</b>	<b>11.363.778</b>	<b>11.719.727</b>	<b>12.161.816</b>	<b>12.613.499</b>
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	21.002	21.654	22.552	23.523	24.260	25.175	26.110
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	8.782	683	918	1.001	760	931	935
ASPB Huzurevi Sayısı	132	74	2	4	5	2	5	5
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	415.967	428.880	446.671	465.915	480.509	498.634	517.153
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	405.377	13.649	18.276	19.906	15.182	18.537	18.619
ASPB Huzurevi Sayısı	132	3.679	117	159	176	131	163	163
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	422
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190
ASPB Huzurevinde Kalan Kişi Sayısı	12.299	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
ASPB Huzurevi Sayısı	132	9.322	293	406	440	335	412	

Tablo 3'te yaşlı nüfusun huzurevlerinde kurumsal bakım almaları durumunda oluşacak maliyetin bir diğer unsuru olan cari harcamaların ASPB bütçesinin ne kadarını teşkil ettiğine bakıldığında toplam cari harcamaların birinci senaryoya göre ASPB bütçesinin yaklaşık yüzde 4-5'ini oluşturacağı, ikinci senaryoya göre ASPB bütçesinin hemen hemen tamamının harcanmasını gerektireceği, üçüncü senaryoya göre ise 2015 yılındaki ASPB bütçesinin iki katından daha büyük bir bütçe gerektireceği görülmektedir.

**Tablo 3. Toplam Cari Maliyet Projeksiyonu**

	2015										
	Mevcut Durum*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
<b>60+ Yaş nüfus</b>	<b>9.603.706</b>	<b>10.145.534</b>	<b>10.460.494</b>	<b>10.894.403</b>	<b>11.363.778</b>	<b>11.719.727</b>	<b>12.161.816</b>	<b>12.613.499</b>			
ASPB Huzurevlerinde Kapan Kişi Sayısı	12.299	21.002	21.654	22.552	23.523	24.260	25.175	26.110			
2015 Huzurevi Toplam Cari Maliyet (Milyon TL)	422	712	734	765	799	824	856	887			
ASPB Bütçesine oranı (%)	2,3	3,9	4,0	4,2	4,4	4,5	4,7	4,9			
<b>Senaryo 1</b>											
ASPB Huzurevlerinde Kapan Kişi Sayısı	12.299	415.967	428.880	446.671	465.915	480.509	498.634	517.153			
2015 Huzurevi Toplam Cari Maliyet (Milyon TL)	422	14.094	14.547	15.159	15.825	16.330	16.950	17.574			
ASPB Bütçesine oranı (%)	2,3	77,2	79,7	83,1	86,7	89,5	92,9	96,3			
<b>Senaryo 2</b>											
ASPB Huzurevlerinde Kapan Kişi Sayısı	12.299	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190			
2015 Huzurevi Toplam Cari Maliyet (Milyon TL)	422	37.458	38.622	40.246	41.998	43.323	44.976	46.676			
ASPB Bütçesine oranı (%)	2,3	205,3	211,6	220,5	230,1	237,4	246,4	255,8			
<b>Senaryo 3</b>											
ASPB Huzurevlerinde Kapan Kişi Sayısı	12.299	1.044.990	1.077.431	1.122.124	1.170.469	1.207.132	1.252.667	1.299.190			
2015 Huzurevi Toplam Cari Maliyet (Milyon TL)	422	37.458	38.622	40.246	41.998	43.323	44.976	46.676			
ASPB Bütçesine oranı (%)	2,3	205,3	211,6	220,5	230,1	237,4	246,4	255,8			

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015  
\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla ASPB huzurevlerinde kalan kişi sayısını, toplam cari harcama tutarını ve 2015 ASPB bütçesine oranını göstermektedir.

Tablo 4'te ise yaşlı bakıma yönelik bir diğer hizmet modeli olan nakit evde bakım yardımının oluşturacağı maliyet yükü sunulmuştur. Projeksiyon yapılırken en yoksul yüzde 20'lik dilimde yer alan hanelerde yaşayan ve gündelik hayatını etkileyen bir sağlık sorunu olan yaşlı nüfusun yüzdesi (%14,8) ve 2015 yılı için belirlenen kişi başı aylık 830,84 TL'lik nakit ödeme temel alınmıştır. Maliyet projeksiyonu sonuçları, potansiyel talebin tamamına nakit evde bakım yardımı ödenmesi durumunda bu harcamanın maliyetinin 2015 ASPB bütçesinin yüzde 80'ini geçeceğini göstermektedir.

Tablo 31'de istatistikî bölgeler değerlendirildiğinde ise nakit evde bakım yardımı maliyetinin en yüksek olduğu bölgeler olarak İstanbul, Akdeniz ve Ege bölgelerinin ön plana çıktığı en düşük maliyetin ise diğer harcamalarda olduğu gibi Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde olduğu görülmektedir.

**Tablo 4. Evde Bakım Yardımı Projeksiyonu**

	2015										
	Mevcut Durum*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023			
<b>60+ Yaş nüfus</b>	<b>9.603.706</b>	<b>10.145.534</b>	<b>10.460.494</b>	<b>10.894.403</b>	<b>11.363.778</b>	<b>11.719.727</b>	<b>12.161.816</b>	<b>12.613.499</b>			
Evde Bakım Yardımı Alan Kişi Sayısı	464.741	1.477.774	1.522.305	1.584.680	1.651.851	1.702.816	1.766.783	1.832.782			
Evde Bakım Yardım Maliyeti (Milyon TL)	4.471	14.734	15.178	15.799	16.469	16.977	17.615	18.273			
ASPB 2015 Bütçesine Oranı (%)	24,5	80,7	83,2	86,6	90,2	93,0	96,5	100,1			

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015  
\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla evde bakım yardımı alan 60 yaş altı ve üzeri toplam birey sayısını ve bütçesini göstermektedir.

## SONUÇ VE TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER

Yaşlı bakım hizmetleri genel anlamda sosyal yardım ve sosyal hizmet politikalarından farklı düşünülmemektedir. Bu nedenle çözüm önerileri hizmete erişim, organizasyonel yeniden yapılanma, kurumsal bakım başta olmak üzere hizmet sunumunun yerele devri gibi yapısal düzenlemeler ve yaşlı bakım hizmetlerinin çeşitlendirilmesi şeklinde dört ana grupta sunulmuştur.

Hâlihazırda kamu hizmetleri vatandaşın talebi üzerine sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlerin farkında olmayan, başvuru mekanizmalarını bilmeyen ancak bakım yardımına ihtiyaç duyan bir kesim de bulunmaktadır. Bu kitleyi tespit etmek üzere kapsamlı hane taramalarını yapan, diğer ülke örneklerinde olduğu gibi hanenin veya bireyin sorunlarını bir bütün içerisinde ele alan, en yakın ilgili hizmet birimi ile teması sağlayan ve birey ve/veya haneyi sonraki süreçte yakın şekilde izleyip sorunlarına çözüm üreten, arz eksenli bir sistem kurulması önerilmektedir. Model ASPB'nin 2011 yılından beri gündeminde olan Aile Sosyal Destek Programına (ASDEP) oldukça benzerdir. Modelin sağlıklı çalışabilmesi için gerekli olan insan kaynağının sayısal ve nitelik olarak hazır olması, pilot çalışmalarının uygulaması, bilgi-işlem altyapısı, kullanılacak fiziksel mekanlar ve organizasyonel yapının oluşturulması gibi ön koşullar profesyonel bir tasarımla ve aşamalı bir uygulama planı ile hazırlanmalıdır.

Bu bağlamda Bakanlığın yeniden yapılandırılması; merkezde standart belirleyen, denetleyen, koordinasyon ve işbirliği sağlayan, hizmet sunucularına eğitim veren ve yeni hizmet modelleri geliştiren bir yapı, yerelde ise ihtiyaç duyulan hizmetleri belediyelerden, özel sektörden ve sivil toplum kuruluşları üzerinden sağlayan bir iş modeli önerilmektedir. Model geliştirilirken yereldeki kuruluşların sosyal hizmet anlayış ve kapasitesinin artırılması, hizmet standartlarının oluşturulması, hizmetlerin izlenip denetiminin sağlanması, personel niteliğinin geliştirilmesi, devir sürecinin planlanması, finansman kaynağının belirlenmesi ve yerel birimler ile koordinasyon konuları üzerinde durulması gereken konulardır.

Kurumsal bakım hizmetleri yanında hem maliyet etkin hem de yaşlıyı kendi yaşam ortamından uzaklaştırmayan evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu modelde ASPB, Sağlık Bakanlığının özel hastanelerle kurduğu ilişkiye benzer bir yapıda yerel kuruluşlar, özel sektör ve STK'lar üzerinden hizmet verebilir. Hizmet planlamasında; hangi ihtiyaçlar için ne tür hizmetlerin ne kadar sürede verileceğini belirlemeye yönelik detaylı araştırmalar, hizmet kılavuzları, hizmet verecek kurumlar için akreditasyon sistemi, eğitim programları, bilgi işlem altyapısı, finansal taahhütler, denetim mekanizması ve insan kaynağı üzerinde çalışılması gereken ana konulardır.

Evde bakım hizmetleri yanında, bireyin kendi ortamında bakımının yetersiz kaldığı; bağımlılık düzeyinin arttığı ileri yaşlarda ya da nekahet dönemi, Alzheimer gibi özel durumlardaki yaşlılara yönelik bakım hizmetlerinin kurumsal bakım üzerinden verilmesine devam edilmelidir. Yaşlı bakım hizmetlerinde temel amaç yaşlıya kendi ortamında hizmet sunmak olduğu gibi kurumsal bakım hizmetlerinde de temel amaç yaşlının kendi ortamına en yakın tasarımda kurumsal bakım merkezleri tasarlamak olmalıdır. Bu bağlamda şehir merkezlerinde, sadece yaşlıların değil, diğer vatandaşların da ortak kullanımına açık sosyal,

fiziki ve ticari mekanların bulunduğu dolayısıyla yaşlıya sosyalleşme fırsatı veren yenilikçi tasarımlara yoğunlaşılması önerilmektedir.

Yaşlı nüfusa ilişkin hizmet planlaması ve sosyal politikalar geliştirmek amacıyla farklı kurumların veritabanlarında yaşlıların sosyo-ekonomik özellikleri ve sağlık durumlarına ilişkin bilgileri bir araya getiren bir veri havuzunun oluşturulması ayrıca yaşlı nüfusun profilini, günlük aktivitelerindeki destek ihtiyaçlarını, sağlık, eğitim ve gelir koşullarını, beklentilerini ortaya koyan bölgeler bazında detaylandırılmış müstakil bir yaşlılık araştırmasına ihtiyaç duyulmaktadır.



## 1.GİRİŞ

Nüfusun yaşlanması olgusu temel olarak toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payının artması şeklinde tanımlanmaktadır. BM yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının yüzde 7 ile yüzde 10 arasında olması durumunda o ülke nüfusunu “yaşlı nüfus”, yüzde 10’un üzerinde olması durumunda ise “çok yaşlı nüfus” olarak değerlendirmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Yaşlanma/yaşlılığı genel olarak bir “yetersizlik süreci” şeklinde ifade eden fonksiyonellik temelli tanımlardan emekliliği bir kırılma noktası olarak alan tanımlara kadar yaşlanmanın tanımı ile ilişkilendirilebilecek pek çok konu bulunmaktadır (Taşcı, 2010:176). Yaşlanma süreci bireysel olarak farklılaşabileceği gibi toplumlara göre de farklılık gösterebilir. Her kişinin farklı bir biyolojik geçmişi, farklı iş deneyimleri ve farklı duygusal yaşamı olduğu bir gerçektir. Ayrıca yaşlılık, toplumlar arasında da farklılaşabilmektedir. Yaşlanmada toplum ve kültürün yeri önemli bir rol oynamaktadır (DPT, 2007:1). Bütün bu farklılıkların ötesinde yaşlı tanımında nesnel, evrensel ve karşılaştırılabilir en doğru ayırım kronolojik ayırmadır. Yaşlı nüfus tanımlanırken farklı uluslararası kuruluşlar farklı yaş kriterleri kullanmaktadır. Dünya Bankası ve OECD gibi kuruluşlar 65 yaş ve üzeri nüfusu yaşlı nüfus olarak nitelendirirken Dünya Sağlık Örgütü ve BM 60 yaş ve üzeri nüfusu yaşlı nüfus kapsamında ele almaktadır. Bu çalışmanın temel veri kaynaklarından birisi olan TAYA’da yaşlı nüfus olarak 60 yaş ve üzeri nüfusun alınması ve Türkiye’de huzurevlerine 60 yaş ve üzeri nüfusun kabul edilmesi gibi temel nedenlerle, bu çalışmada yaşlı nüfus olarak 60 yaş ve üzeri nüfus alınmıştır. Ancak 1900’lü yılların başında gelişmiş ülkelerde 45-50 yıl civarında olan doğuştan beklenen yaşam süresi bugün 80 yıl seviyesine çıkmıştır. 1950 yılında Türkiye’de 41 yıl olan doğuştan beklenen yaşam süresinin bugün 76 yıl seviyesine çıktığı (United Nations, 2015) düşünüldüğünde yaşlı tanımının bizzat kendisinin tartışılmasında fayda vardır. Artan insan ömrü, Türkiye’de emeklilik yaşının kademeli olarak önce 60 yaşa sonra 65 yaşa çekildiği düşünüldüğünde yaşlılık dönemi için kullanılan yaş sınırı yeniden değerlendirilmelidir. Yaşlı tanımında, dolayısıyla yaşlılara yönelik politika ve hizmet belirleme çalışmalarında genel çerçeve oluşturulmalıdır: belli bir yaş grubunu “yaşlı; dolayısıyla ihtiyaç sahibi” olarak tanımlamak yerine farklı bireylerin farklı sağlık sorunları, ihtiyaçları olacağından hareketle yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarına yönelik halk sağlığı politikaları yeniden düzenlenmelidir.

Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus hem sayısal hem de oransal olarak hızlı bir artış eğilimi içerisinde. Yaşlı nüfusun artışı bir yandan çarpıcı bir başarı öyküsü iken diğer yandan küresel ve yerel ölçekte önemli sorunlara yol açabilecek bir mücadele alanı durumundadır. Yaşlı nüfusun artışı insanlık açısından bir başarı öyküsüdür; çünkü yaşlı nüfusun, toplam nüfus içindeki payının artma eğiliminde olması sosyo-ekonomik gelişmelerle, kentleşmenin yaygınlaşmasıyla, sağlık alanında sağlanan iyileşmelerle ilişkilidir. Bu nedenle nüfusun yaşlanması konusunu bir sorun, sıkıntı verici bir durum olarak ele almak eksik, yanlış bir değerlendirme olacaktır. Yaşlılık durumunun engellilik durumu ile birlikte ele alınması hatta ülkemizde bu alanda hizmet veren genel müdürlüğümüzün adının “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü” olması yaşlı nüfusun artışının aslında pek çok olumlu gelişmenin bir sonucu olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir. Öte yandan, yaşlı nüfusun çok hızlı bir şekilde artmasının sosyal güvenlik

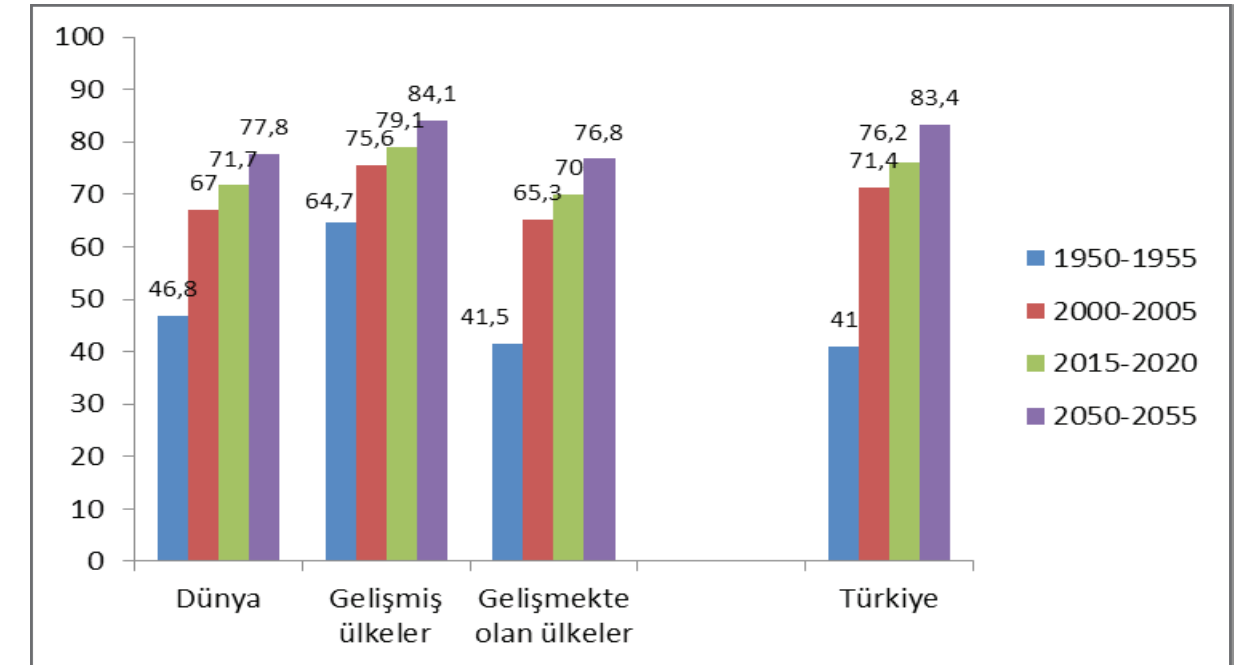
sistemine ve sağlık sistemine getireceği yük, yaşlılara yönelik sunulacak bakım hizmetlerinin maliyeti gibi boyutlarla da ele alınmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlanma süreci uzun bir döneme yayılmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu süreç çok daha hızlı yaşandığından ekonomik gelişmişlik seviyelerinin bu maliyeti karşılamakta zorluk yaratmaması için nüfusun yaşlanması olgusuna karşı hazırlıkların olabildiğince erken yapılması önem taşımaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusun tarihsel gelişimi ele alınmış ardından dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfusa yönelik politika ve hizmetler incelenmiştir. İkinci bölümde ise TÜİK’in 2023 yılına kadar 60 yaş ve üzeri nüfus büyüklüğü projeksiyonları ve TAYA baz alınarak ASPB’nin hâlihazırda yaşlılara sunduğu hizmet modelleri üzerinden bakım hizmetlerinin mali yükü tahmin edilmeye çalışılmıştır. Son bölümde ise mevcut bakım hizmetlerinin bugünkü durumu ve iyileştirilmesi için öneriler ve yaşlı bakım hizmeti konusunda alternatif hizmet modelleri önerileri ele alınmıştır.

### 1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Dağılımlarına Genel Bakış

Şekil 1’de görüldüğü gibi dünya genelinde sosyo-ekonomik alanda ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler neticesinde 1950’li yıllarda dünyada doğuştan beklenen yaşam süresi 50 yaşın altında iken günümüzde 70 yaşın üzerine çıkmıştır. Gelişmiş ülkelerde ise doğuştan beklenen yaşam süresi 80 yaş sınırına dayanmıştır. Benzer şekilde 1950’li yıllarda Türkiye’de 41 yaş olan doğuştan beklenen yaşam süresi günümüzde 76 yaş seviyesine çıkmıştır (United Nations, 2015).

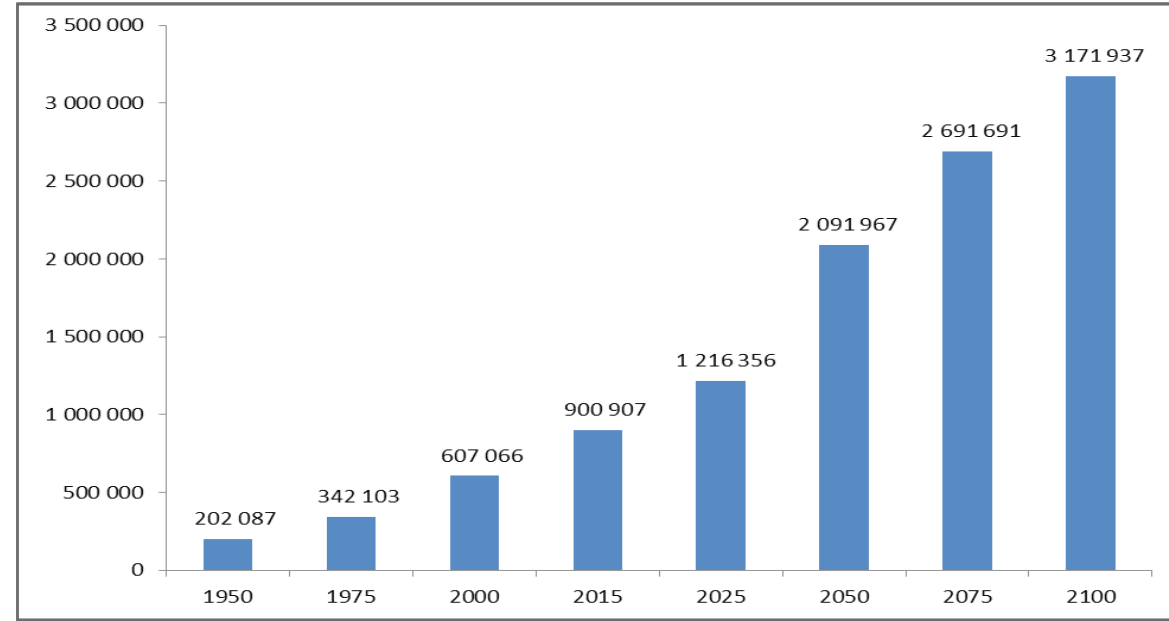
**Şekil 1. Dünyada ve Türkiye’de Doğuştan Beklenen Yaşam Süresinin Değişimi, 1950-2050 (Yüzde)**



Kaynak: United Nations, 2015

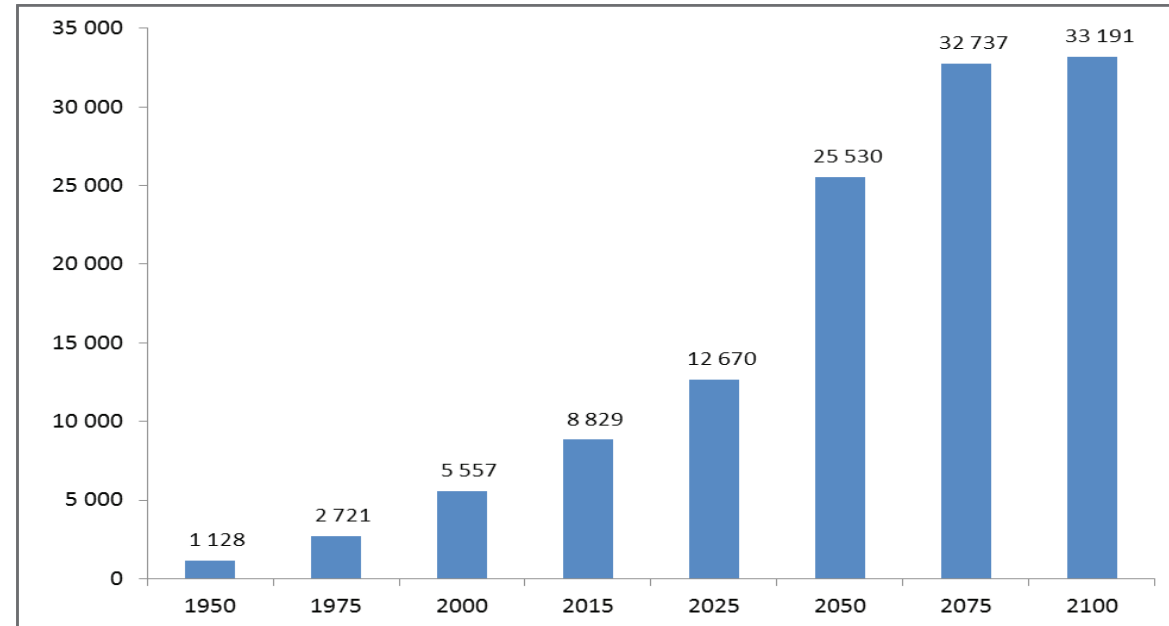
Bütün bu gelişmeler sonucunda, 1950 yılında dünyada 60 yaş üzerinde olan kişi sayısı 200 milyon civarındayken (%8) bu sayı günümüzde 900 milyonu (%12) aşmıştır (United Nations, 2015). Bir başka ifade ile artık 19. yüzyıl başlarındaki dünya nüfusuna yakın sayıda bir yaşlı nüfus söz konusudur.

**Şekil 2. Dünyada Yaşlı Nüfusun (60 yaş ve üzeri) Sayısal Büyüklüğünün Değişimi, 1950-2100 (Bin)**



Kaynak: United Nations, 2015

**Şekil 3. Türkiye'de Yaşlı Nüfusun (60 yaş ve üzeri) Sayısal Büyüklüğünün Değişimi, 1950-2100 (Bin)**

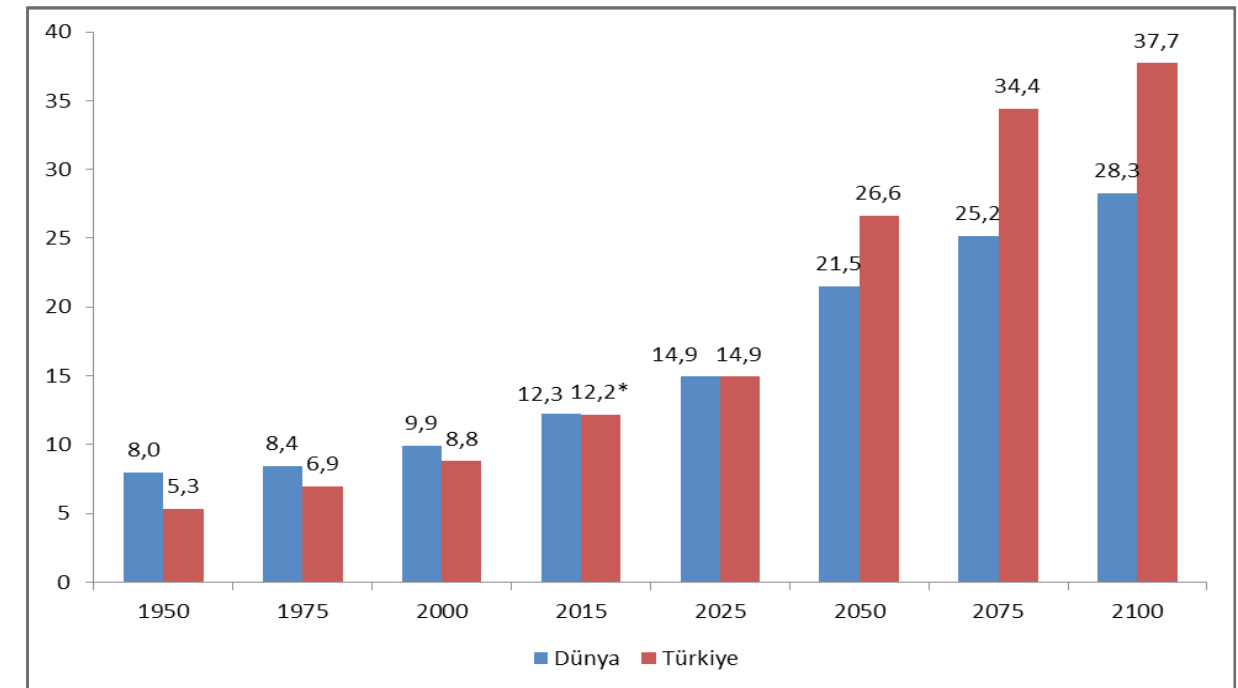


Kaynak: United Nations, 2015

Dünyadaki eğilime benzer şekilde Türkiye'de de 1950 yılında 60 yaş ve üzerinde 1,1 milyon kişi var iken bu rakam günümüzde 9 milyona yaklaşmıştır 2050'de ise 25 milyonu aşması beklenmektedir (United Nations, 2015).

Şekil 4'te BM'nin nüfus tahminlerine ve projeksiyonlarına göre, 1950 yılında dünyada 60 yaş ve üzerinde olan nüfusun oranı yüzde 8 civarında iken günümüzde yüzde 12 seviyesine yükselmiştir. Bu orandaki artış eğiliminin devam etmesi ve 2050 yılında yüzde 22 seviyesine yükselmesi beklenmektedir. Türkiye'de ise 1950 yılında yüzde 5 seviyesinde olan ve günümüzde yüzde 12 seviyesine ulaşan yaşlı nüfusun oranı, 2050 yılında yüzde 27'ye, 2075 yılında yüzde 34'e ulaşacaktır. Bir başka ifade ile içinde bulunduğumuz yüzyılın ortalarında Türkiye'de her dört kişiden birisi, 2075'te ise her üç kişiden birisi yaşlı nüfus içerisinde yer alacaktır. 1950 yılından günümüze kadar dünya genelinde yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğü 4 kat civarında artarken Türkiye'de 8 katlık bir artış yaşanmıştır. Benzer bir durum, yaşlı nüfus oranlarındaki değişim karşılaştırıldığında da görülmektedir. Dünya genelinde 1950-2015 döneminde yaşlı nüfusun oranı 2,5 kat artarken Türkiye'deki artış 5 kattan fazladır (United Nations, 2015). Türkiye'de yaşlanma süreci dünya genelinde olduğundan çok daha hızlı yaşanmaktadır.

**Şekil 4. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus (60 yaş ve üzeri) Oranının Değişimi, 1950-2100 (Yüzde)**



Kaynak: United Nations, 2015; \*TÜİK, 2016b



Dünya genelinde yaşlı oranındaki artış düzeyinin Türkiye'ye göre daha düşük seviyede kalmasının arkasında Tablo 5'te de görüldüğü gibi bir yandan Pakistan, Bangladeş gibi nüfusu kalabalık; ancak yaşlılık oranı düşük ülkelerin ortalamayı aşağıya çekmesinin etkisi, diğer yandan gelişmiş ülkelerde uygulanan pronatalist politikalar sonucunda yaşlı nüfusun artış hızının azalmasının etkisi bulunmaktadır. Türkiye'nin içinde bulunduğumuz yüzyılın ikinci yarısında sahip olacağı yaşlı nüfus oranları Japonya, İtalya, Almanya, Fransa, İngiltere, ABD gibi ülkelerde bugün görülmektedir (United Nations, 2015). Yaşlı nüfus olgusu ile uzun süredir birlikte yaşayan bu ülkelerin deneyimleri ve başarılı uygulamaları Türkiye'de yaşlılara yönelik sosyal politikalar geliştirirken göz önünde tutulmalıdır. Yaşlı nüfus olgusunun kendisini giderek daha belirgin bir şekilde hissettirdiği Türkiye'de sosyal politikalar geliştirilirken doğurganlığı artırmaya, nüfusu gençleştirmeye yönelik politikaların yanı sıra, bu ülkelerde olduğu gibi yaşlıların yaşam kalitelerini artırmaya, istihdamda daha uzun süre kalabilmelerini sağlamaya, yaşlıların ileri yaşlarda da verimli olabilecekleri iş alanlarının planlanmasına ihtiyaç vardır.

Tablo 5'te 1950-2100 döneminde dünyadaki 201 ülke arasından yaşlı nüfusun en fazla olduğu ilk 30 ülke sunulmaktadır. Bu dönem boyunca ilk 3 sırada Çin, Hindistan ve Amerika Birleşik Devletleri'nin yerinin sabit olduğu ama yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğünün çarpıcı bir şekilde arttığı görülmektedir. Örneğin Çin'de 1950 yılında 40 milyon yaşlı yaşarken 2015'te 209 milyona çıkan bu sayının 2023'te 272 milyona 2100'de ise 398 milyona yaklaşması beklenmektedir. Hindistan ise içinde bulunduğumuz yüzyılın ortalarına kadar ikinci sıradaki yerini korurken 2075'ten itibaren yaşlı nüfusun en fazla bulunduğu ülke konumuna gelmektedir. 2100 yılında Hindistan'da 566 milyon yaşlının yaşaması beklenmektedir. Sayısal büyüklüklere göre yapılan bu ülke sıralaması yaşlı nüfusun oranına göre yapıldığında tablo biraz değişmektedir. Yaşlı nüfusun oranının en çarpıcı şekilde arttığı ülkelerin başında Japonya gelmektedir. 1950 yılında Japonya'da yaşlı nüfusun oranı yüzde 8'in altında iken günümüzde yüzde 33'ün üzerine çıkmış, 2023'te yüzde 35'e 2050'de ise yüzde 43'e kadar yükselmesi beklenmektedir. Türkiye'de ise 1950 yılında 1 milyon civarında yaşlı yaşarken günümüzde 9 milyona yaklaşan bu sayının 2023 yılında 12 milyona, 2050'de 25 milyona, 2075'te ise 32 milyona ulaşması beklenmektedir. Türkiye 1950 yılında yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğünün en çok olduğu 26. ülke iken 2015 itibarıyla 18. sıraya yükselmiştir; 2050 yılında 14. sıraya çıkması sonrasında 2075 ve 2100'de sırasıyla 16. ve 19. sıralara inmesi beklenmektedir (United Nations, 2015).

Tablo 5. 1950-2100 Döneminde Dünya Ülkelerinde Yaşlı Nüfus Büyüklüğü ve Yaşlı Nüfusun Oranı

Sıra	Ülke	1950			2015			2023			
		60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)	Sıra	Ülke	60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)	Sıra	Ülke	60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)
1	Çin	40 701	7,5	1	Çin	209 240	15,2	1	Çin	271 978	19,3
2	Hindistan	20 302	5,4	2	Hindistan	116 553	8,9	2	Hindistan	154 001	10,7
3	ABD	19 728	12,5	3	ABD	66 545	20,7	3	ABD	83 152	24,4
4	Almanya	10 152	14,5	4	Japonya	41 873	33,1	4	Japonya	43 341	35,0
5	İngiltere	7 923	15,7	5	Rusya	28 730	20,0	5	Brezilya	33 839	15,4
6	Rusya	7 891	7,7	6	Brezilya	24 392	11,7	6	Rusya	33 275	23,4
7	Fransa	6 811	16,3	7	Almanya	22 269	27,6	7	Endonezya	29 667	10,6
8	Japonya	6 344	7,7	8	Endonezya	21 194	8,2	8	Almanya	25 581	31,9
9	İtalya	5 605	12,0	9	İtalya	17 108	28,6	9	İtalya	19 275	32,3
10	Endonezya	4 330	6,2	10	Fransa	16 249	25,2	10	Fransa	18 494	27,8
11	Ukrayna	4 083	10,9	11	İngiltere	14 889	23,0	11	İngiltere	17 106	25,2
12	İspanya	3 045	10,8	12	Pakistan	12 476	6,6	12	Meksika	16 678	12,0
13	Pakistan	2 935	7,8	13	Meksika	12 177	9,6	13	Pakistan	16 308	7,4
14	Brezilya	2 627	4,9	14	İspanya	11 246	24,4	14	Bangladeş	15 362	8,7
15	Bangladeş	2 199	5,8	15	Bangladeş	11 235	7,0	15	Tayland	14 777	21,5
16	Polonya	2 045	8,2	16	Tayland	10 731	15,8	16	Vietnam	14 076	14,0
17	Nijerya	1 931	5,1	17	Ukrayna	10 118	22,6	17	İspanya	13 260	28,7
18	Vietnam	1 727	7,0	18	Türkiye*	9 603	12,2	18	Kore	13 224	25,6
19	Kanada	1 556	11,3	19	Vietnam	9 613	10,3	19	Türkiye*	12 613	14,1
20	Meksika	1 501	5,4	20	Kore	9 325	18,5	20	Ukrayna	10 674	24,9
21	Romanya	1 485	9,1	21	Polonya	8 753	22,7	21	Kanada	10 358	26,9
22	İran	1 396	8,2	22	Nijerya	8 158	4,5	22	Polonya	10 306	27,0
23	Belçika	1 374	15,9	23	Kanada	8 021	22,3	23	Nijerya	10 178	4,6
24	Arjantin	1 207	7,0	24	Filipinler	7 321	7,3	24	Filipinler	9 947	8,8
25	Hollanda	1 144	11,4	25	Mısır	7 238	7,9	25	İran	9 452	11,1
26	Türkiye	1 128	5,3	26	Arjantin	6 559	15,1	26	Mısır	9 410	8,9
27	Çek Cumhuriyeti	1 116	12,5	27	İran	6 502	8,2	27	Arjantin	7 638	16,3
28	Mısır	1 110	5,3	28	Kolombiya	5 226	10,8	28	Kolombiya	7 429	14,5
29	Macaristan	1 105	11,8	29	Etyopya	5 205	5,2	29	Etyopya	6 666	5,6
30	Avusturya	1 072	15,5	30	Avusturya	4 887	20,4	30	Myanmar	6 392	15,0

Kaynak: United Nations, 2015; \*TÜİK, 2013

Tablo 5.\_devam 1950-2100 Döneminde Dünya Ülkelerinde Yaşlı Nüfus Büyüklüğü ve Yaşlı Nüfusun Oranı

Sıra	Ülke	2050			2075			2100			
		60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)	Sıra	Ülke	60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)	Sıra	Ülke	60 yaş ve üzeri nüfus (milyon)	Yaşlı nüfus oranı (%)
1	Çin	491 533	36,5	1	Hindistan	493 848	28,3	1	Hindistan	566 281	34,1
2	Hindistan	330 043	19,4	2	Çin	457 419	39,4	2	Çin	397 934	39,6
3	ABD	108 326	27,9	3	ABD	128 714	30,3	3	ABD	146 927	32,6
4	Brezilya	69 882	29,3	4	Brezilya	83 769	37,2	4	Nijerya	115 233	15,3
5	Endonezya	61 896	19,2	5	Endonezya	80 008	24,6	5	Pakistan	95 541	26,2
6	Japonya	45 637	42,5	6	Pakistan	69 562	19,6	6	Endonezya	90 996	29,0
7	Bangladeş	43 491	21,5	7	Bangladeş	63 168	32,6	7	Brezilya	77 806	38,8
8	Meksika	40 391	24,7	8	Nijerya	58 475	10,0	8	Etyopya	70 344	29,0
9	Pakistan	39 970	12,9	9	Meksika	57 439	35,2	9	Kongo	70 330	18,1
10	Rusya	36 990	28,8	10	Etyopya	48 210	20,8	10	Bangladeş	62 838	37,1
11	Vietnam	31 431	27,9	11	Japonya	38 074	41,3	11	Meksika	59 010	39,8
12	Almanya	29 275	39,3	12	Mısır	37 735	20,6	12	Mısır	55 756	27,8
13	İran	28 754	31,2	13	Vietnam	36 321	32,8	13	Tanzanya	52 703	17,6
14	Türkiye	25 530	26,6	14	Kongo	33 855	11,3	14	Filipinler	44 079	26,1
15	Nijerya	25 262	6,3	15	Filipinler	33 703	20,4	15	Vietnam	36 290	34,5
16	İngiltere	23 159	30,7	16	Türkiye	32 736	34,4	16	Uganda	36 154	17,8
17	Tayland	23 153	37,1	17	Rusya	30 909	25,9	17	Kenya	34 398	21,9
18	Mısır	23 045	15,3	18	İran	29 725	36,6	18	Japonya	34 054	40,9
19	İtalya	23 016	40,7	19	Almanya	26 206	38,7	19	Türkiye	33 191	37,7
20	Fransa	22 592	31,8	20	İngiltere	25 869	32,5	20	Rusya	32 352	27,5
21	Kore	21 002	41,5	21	Tanzanya	25 647	11,7	21	Irak	30 184	18,4
22	Filipinler	20 779	14,0	22	Fransa	24 642	33,4	22	İngiltere	28 898	35,1
23	Etyopya	19 525	10,4	23	Tayland	20 847	41,1	23	Fransa	27 301	35,9
24	İspanya	18 546	41,4	24	İtalya	20 293	39,3	24	Nijerya	26 385	12,6
25	Kolombiya	15 169	27,6	25	Kenya	20 160	15,3	25	İran	25 507	36,6
26	Kanada	14 320	32,4	26	Kolombiya	18 456	35,9	26	Sudan	25 217	19,8
27	Arjantin	13 084	23,6	27	Kore	18 371	42,0	27	Almanya	25 097	39,7
28	Polonya	13 038	39,3	28	Cezayir	17 849	29,3	28	Mozambik	23 100	18,1
29	Cezayir	12 988	23,0	29	Arjantin	17 779	30,2	29	Angola	22 087	15,9
30	Kongo	12 642	6,5	30	Uganda	17 403	11,1	30	Madagaskar	20 990	19,9

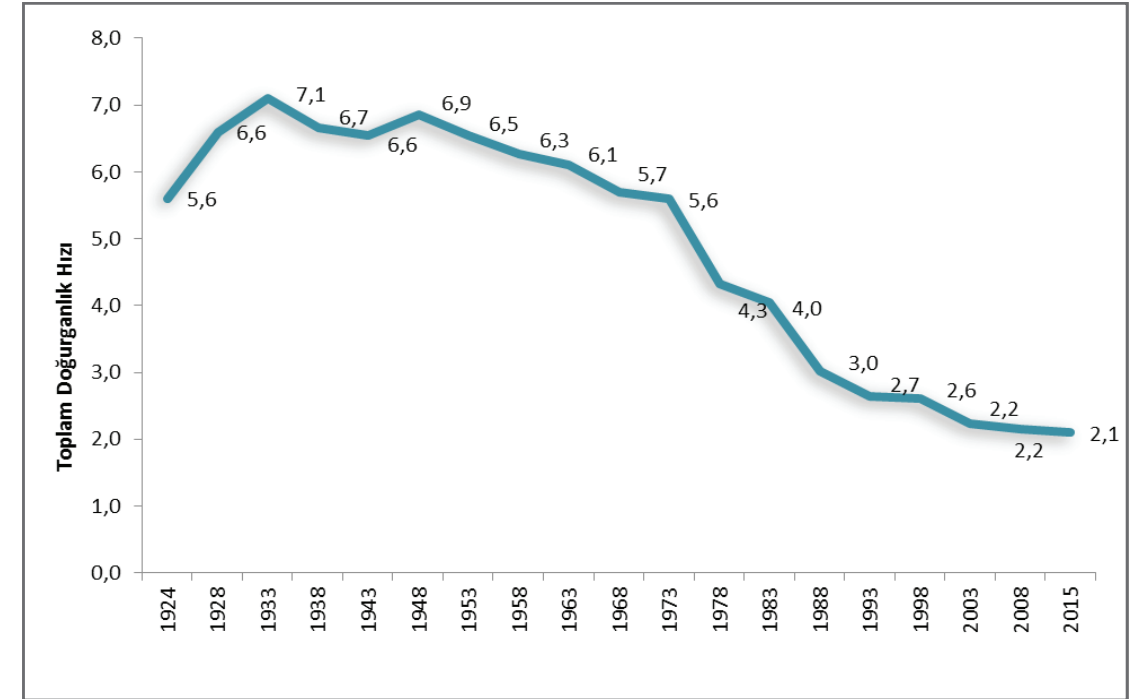
Kaynak: United Nations, 2015

## 1.2. Türkiye'de Demografik Dönüşüm Süreci ve Yaşlı Nüfus

Nüfusun yaşlanması olgusu Türkiye coğrafyasında Osmanlı İmparatorluğu döneminden itibaren yaşanmakta olan demografik dönüşüm sürecinin en önemli sonuçlarından birisidir. Nüfusun yaşlanmasının nedeni, bir yandan doğurganlık seviyesi düşerken diğer yandan bebek ölümlerinin azalması ve ortalama yaşam süresinin uzamasıdır. Bu sürecin sonucunda genç nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı azalırken yaşlı nüfusun payı artmaktadır.

Şekil 5'te yıllar itibarıyla Türkiye'de doğurganlık düzeyindeki değişimler sunulmuştur. Türkiye'de yaşanan demografik dönüşüm süreci ve nüfus politikaları genel hatları ile incelendiğinde Cumhuriyetin ilk yıllarından 1960'lı yıllara kadar Balkan Harbi ve Kurtuluş Savaşı gibi uzun yıllara yayılan savaş sürecinde oluşan demografik kaybı telafi etmek için pronatalist nüfus politikalarının uygulandığı görülmektedir.

Şekil 5. Doğurganlık Düzeyinde Yaşanan Değişim, 1923-2015 (Yüzde)



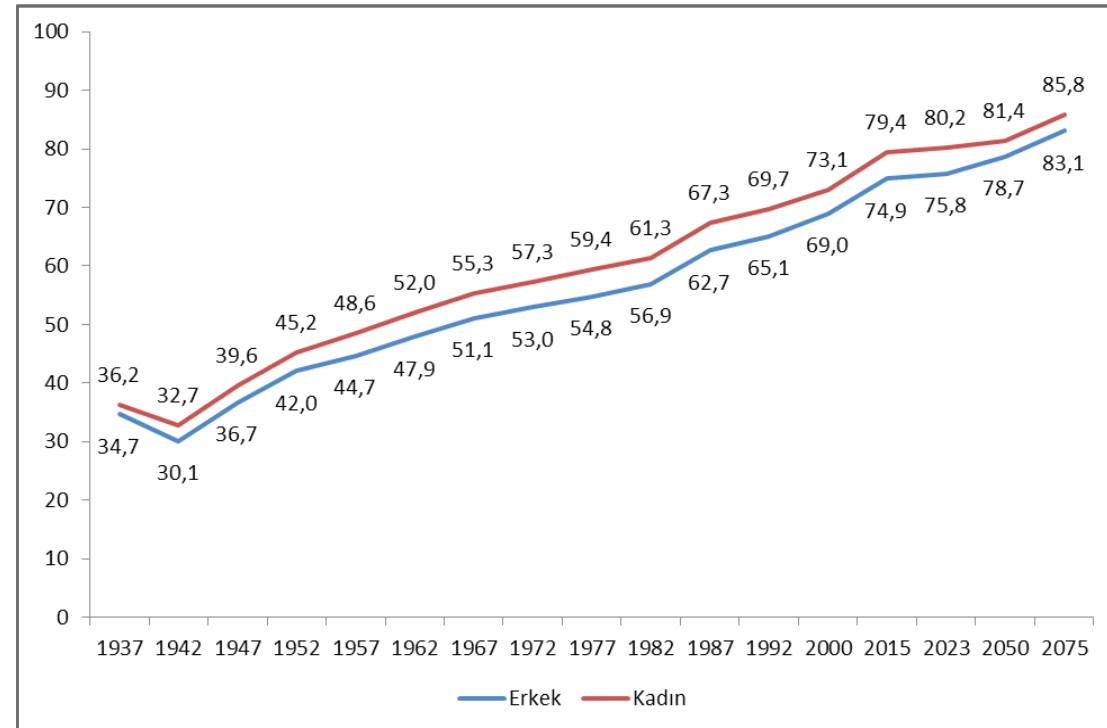
Kaynak: TÜİK, 1995; 2016a; Eryurt vd., 2010

Nüfus politikaları neticesinde, Cumhuriyet kurulduktan sonra yapılan ilk nüfus sayımında (1927 Nüfus Sayımı) 13,6 milyon civarında olan Türkiye nüfusu düzenli bir şekilde artmış ve doğurganlık seviyesinin yüksek olması nedeniyle genç nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı hep yüksek seviyelerde olmuştur. Türkiye'deki demografik dönüşüm sürecinin ilk evresi diyebileceğimiz bu evrede kadın başına düşen çocuk sayısını ifade eden toplam doğurganlık hızı 6 çocuk seviyesinde olmuştur. Demografik dönüşüm sürecinin ikinci evresinde (1960-1980) nüfus politikaları değişmiş ve antinatalist nüfus politikaları uygulanmaya başlanmıştır. Bu dönemde, 1960'lı yıllarla birlikte toplam doğurganlık hızı önce yavaş sonra hızlı bir şekilde düşerek; 1970'li yılların sonunda 5 çocuğa, 1980'li yılların sonunda 3 çocuğa kadar inmiştir (TÜİK, 1995; Eryurt, Adalı ve Şahin, 2010). Demografik dönüşüm sürecinin üçüncü aşaması 1980'li yıllarla

birlikte başlamış ve 2013 TNSA sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı yenilenme düzeyinin biraz üzerinde 2,26 çocuk seviyesine (HÜNEE, 2014); TÜİK doğum istatistiklerine göre ise 2015 yılı itibarıyla 2,14 seviyesine düşmüştür (TÜİK, 2016a). Demografik dönüşüm sürecinin üçüncü aşamasının tamamlanması için toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyine inmesi ve nüfus artışının sona ermesi gerekmektedir. Türkiye'de toplam doğurganlık hızı bir süredir yenilenme düzeyi civarında sabitlenmiştir. Ancak doğurganlığın yüksek olduğu dönemlerde nüfusa dâhil olan kuşaklar doğurganlık çağından çıkana kadar, bir başka ifade ile nüfus artış momentumunun etkisi geçene kadar nüfus giderek azalan bir şekilde artmaya devam edecektir. Nüfus projeksiyonları bu yüzyılın ortalarında nüfus artış momentumunun etkisinin ortadan kalkacağını ve demografik dönüşüm sürecinin tamamlanacağını öngörmektedir.

Şekil 6'da Türkiye'de yaşanan sosyo-ekonomik dönüşüm ve nüfus politikaları neticesinde bir yandan doğurganlık seviyesi düşerken diğer yandan da sağlık ve yaşam koşullarının iyileşmesinin bir sonucu olarak ortalama yaşam sürelerinin düzenli bir şekilde arttığı görülmektedir (TÜİK, 1995; Eryurt vd., 2010). 1940'lı yıllarda doğuştan beklenen yaşam süresi erkek nüfus için 30 yıl, kadın nüfus için 33 yıl iken bu rakamlar 2015 yılında erkekler için 74,9 yıla kadınlar için ise 79,4 yıla yükselmiştir. Nüfus projeksiyonları bu artışın gelecekte de devam edeceğini, 2023 yılında erkekler için 75,8 yıla kadınlar için 80,2 yıla; 2050 yılında sırasıyla 78,7 ve 81,4 yıla; 2075 yılında ise 83,1 ve 85,8 yıla kadar çıkacağını öngörmektedir (TÜİK, 2013; 2016c).

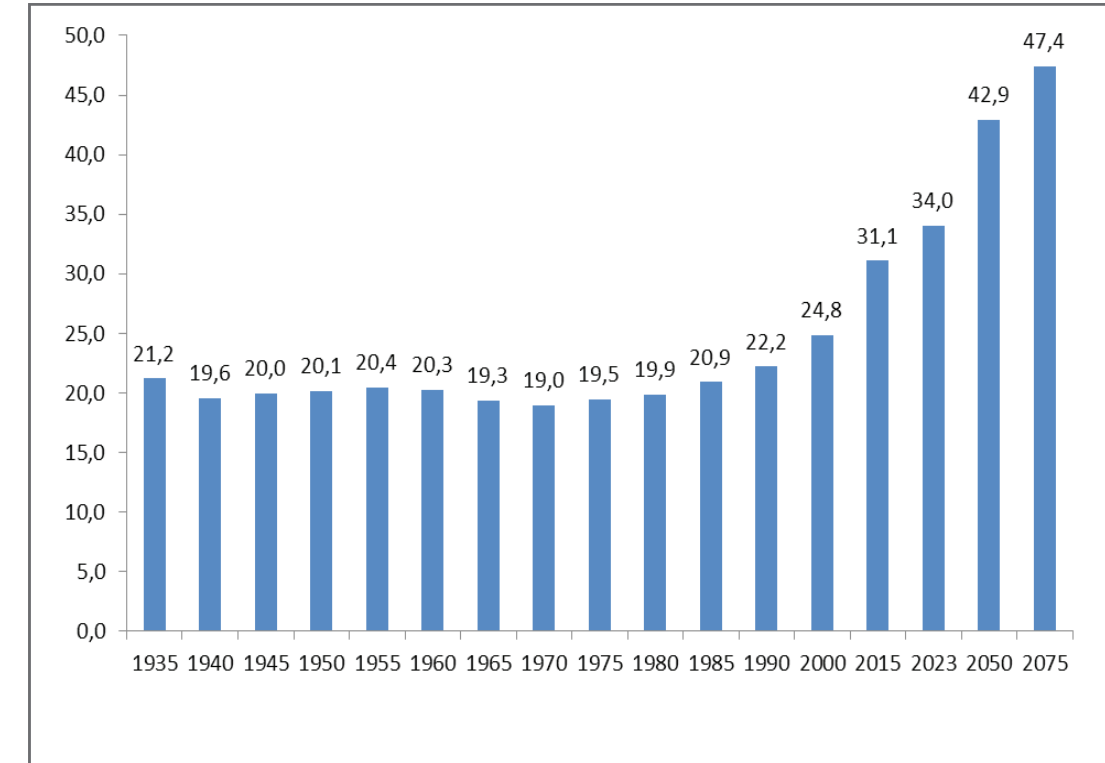
**Şekil 6. Doğuştan Beklenen Ortalama Yaşam Süresinin Yıllara Göre Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)**



Kaynak: TÜİK, 1995; 2013; Eryurt vd., 2010

Şekil 7'de nüfusun yaş yapısı da doğurganlık seviyesindeki düşüşe ve ortalama yaşam beklentisindeki artışa paralel olarak önemli bir değişim göstermektedir. 1930'lu yıllardan 1990'lı yıllara kadar genç bir yaş yapısına sahip olan Türkiye'de ortanca yaş 20-21 yaş seviyesinde seyretmiştir. Ortanca yaş, 2000'li yıllarla birlikte artmaya başlayarak 2015 yılı itibarıyla 31,1 yaşa yükselmiştir. Önümüzdeki süreçte ortanca yaşın artmaya devam ederek 2023'te 34'e, 2050'de 42,9'a, 2075'te ise 47,4'e kadar yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2013; 2016b).

**Şekil 7. Ortanca Yaşta Yaşanan Değişim, 1935-2075 (Yüzde)**



Kaynak: TÜİK, 2013; 2016b

Geniş yaş gruplarının sayısal büyüklüklerinin ve oranlarının zaman içerisinde nasıl bir değişim gösterdiğinin incelenmesi, nüfusun yaş yapısındaki değişimin ve nüfusun yaşlanması olgusunun anlaşılması açısından faydalı olacaktır. Bu değişimi Tablo 6 mutlak sayılar üzerinden, Şekil 8 ise oranlar üzerinden ortaya koymaktadır. 15 yaşından küçük nüfusun (0-14 yaş) ve onun bir alt grubu olarak 0-4 yaş grubu nüfusun sayısal büyüklüğü 2000'li yıllara kadar sürekli artış gösterirken artık sayısal olarak azalma eğilimine girmiştir. Oransal olarak bakıldığında 1980'li yılların başına kadar 15 yaşından küçük nüfusun payı yüzde 40'lar civarında iken bu seviye 2000 yılında yüzde 30'a gerileyerek sonrasında da düşmeye devam etmiş ve 2015 yılı itibarıyla yüzde 24 seviyesine düşmüştür. Nüfus projeksiyonları 15 yaşından küçük nüfus oranının 2023 yılında yüzde 21'e, 2050 yılında yüzde 16'ya, 2075 yılında ise yüzde 15'e düşeceğini; sayısal olarak da 2015 yılı itibarıyla 15 yaşından küçük nüfusun 18.886 bin kişi olacağını, bu sayının 2050 yılında 15 milyonun altına, 2075'te ise 13 milyona düşeceğini öngörmektedir. Benzer eğilimler çocuk nüfus için de geçerlidir, çocuk nüfus da hem sayısal hem de oransal olarak azalmaya devam edecek ve Türkiye genç nüfus olma özelliğini hızla yitirecektir (TÜİK, 2013, 2016b).



Çalışma çağı nüfusu değerlendirildiğinde ise çalışma çağı nüfusundaki artışın 2050'ye kadar devam edeceği görülmektedir. Şu anda yüzde 68 seviyesinde olan çalışma çağı nüfusu 2050 yılında oransal olarak yüzde 63 seviyesine gerilese de sayısal olarak 2050 yılına kadar artmaya devam edecek sonrasında düşmeye başlayacaktır. Çalışma çağı nüfusunun uzun süre artmaya devam etmesinin temelinde yatan nüfus artış momentumu, doğurganlığın yüksek seviyelerde olduğu dönemlerde nüfusa dâhil olan kuşakların çalışma çağına gelmeye devam etmeleridir (Eryurt, 2014).

**Tablo 6. Yaşa Göre Nüfusun Değişimi, 1935-2075**

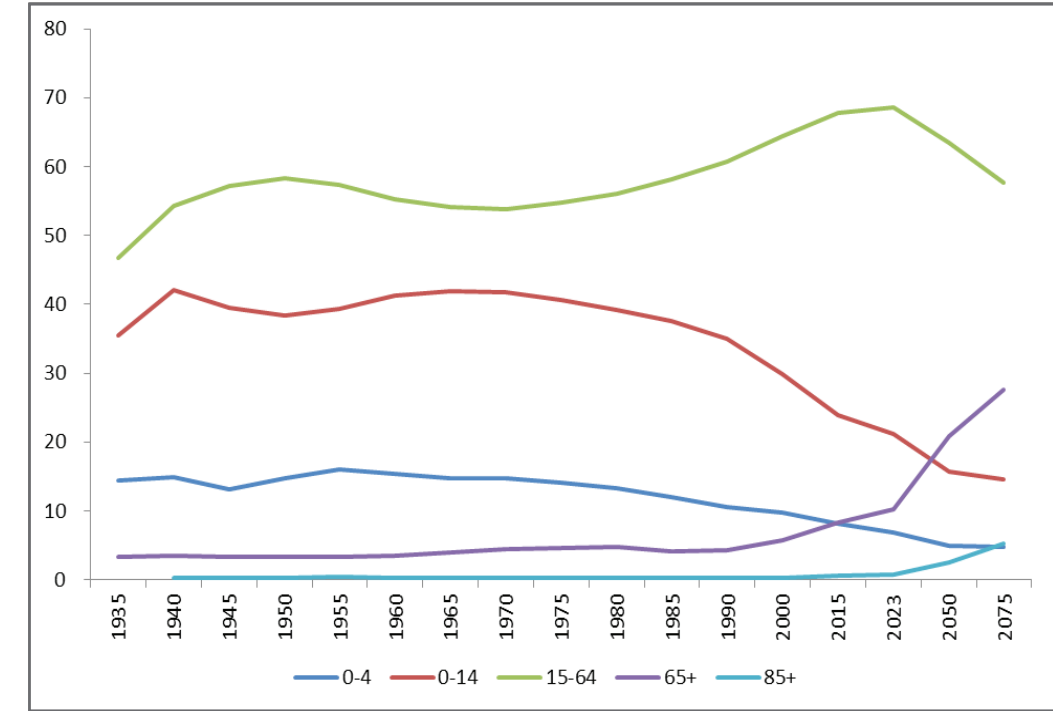
	0-4	0-14	15-64	65 ve üzeri	85 ve üzeri	Toplam
1935	2 741 019	6 692 150	8 834 479	630 821	-	18 900 404
1940	2 644 803	7 511 256	9 679 152	630 542	47 956	17 820 950
1945	2 474 710	7 430 875	10 731 934	627 365	46 028	18 790 174
1950	3 094 276	8 028 741	12 226 905	691 542	50 145	20 947 188
1955	3 864 775	9 490 104	13 850 958	823 701	90 213	24 164 763
1960	4 263 511	11 447 589	15 326 796	980 435	63 306	27 754 820
1965	4 623 909	13 168 168	16 978 945	1 244 308	72 409	31 391 421
1970	5 256 424	14 881 829	19 157 262	1 566 085	107 946	35 605 176
1975	5 712 281	16 361 949	22 129 051	1 856 719	130 180	40 347 719
1980	5 983 020	17 499 430	25 116 359	2 121 168	107 892	44 736 957
1985	6 088 769	19 046 347	29 488 224	2 129 887	149 252	50 664 458
1990	5 959 448	19 760 959	34 292 844	2 419 232	175 069	56 473 035
2000	6 587 096	20 227 079	43 716 577	3 860 272	216 574	67 803 927
2015	6 381 516	18 886 220	53 359 594	6 495 239	518 436	78 741 053
2023	5 834 544	17 854 319	57 768 287	8 624 483	681 809	84 247 089
2050	4 683 220	14 694 508	59 296 228	19 484 834	2 398 880	93 475 570
2075	4 259 636	13 026 803	51 472 952	24 672 343	4 629 025	89 172 098

Kaynak: TÜİK, 2013; 2016b

65 yaş ve üzeri nüfusun zaman içindeki değişimi değerlendirildiğinde 1935 yılında 630 bin yaşlı varken 2015 yılı itibarıyla 6,5 milyon yaşlının olduğu görülmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre bu sayı 2075 yılında 25 milyona yaklaşacaktır. Oransal olarak bakıldığında 1930'lu yıllarda yaşlı nüfusun oranının yüzde 3 seviyesinde olduğu, 2000'li yıllara kadar yüzde 4 düzeyinde kaldığı, şu anda ise yüzde 8 seviyesinde olduğu görülmektedir. Yaşlı nüfus oranının 2023 yılında yüzde 10'a, 2050'de yüzde 21'e, 2075'te ise yüzde 28'e yükselmesi beklenmektedir. Bir başka ifadeyle 2023 yılında her 10 kişiden birinin, 2050'de her beş kişiden birinin, 2075'te ise her üç kişiden birinin yaşlı nüfus içerisinde yer alacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun iç dağılımı da zaman içerisinde farklılaşacaktır. En yaşlı olarak tanımlanan 85 yaş ve üzerindeki nüfusun payı giderek artacaktır. Şu anda toplam nüfus içerisinde 85 yaş ve üzerindeki nüfusun

payı yüzde 1 civarında iken bu oranın 2075 yılında yüzde 5'e yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2013; 2016b). Yaşlı nüfusun ortalama yaşının zaman içerisinde artacak olmasının emeklilik ödemeleri, kronik hastalıklar için yapılan sağlık harcamalarında da artışa neden olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

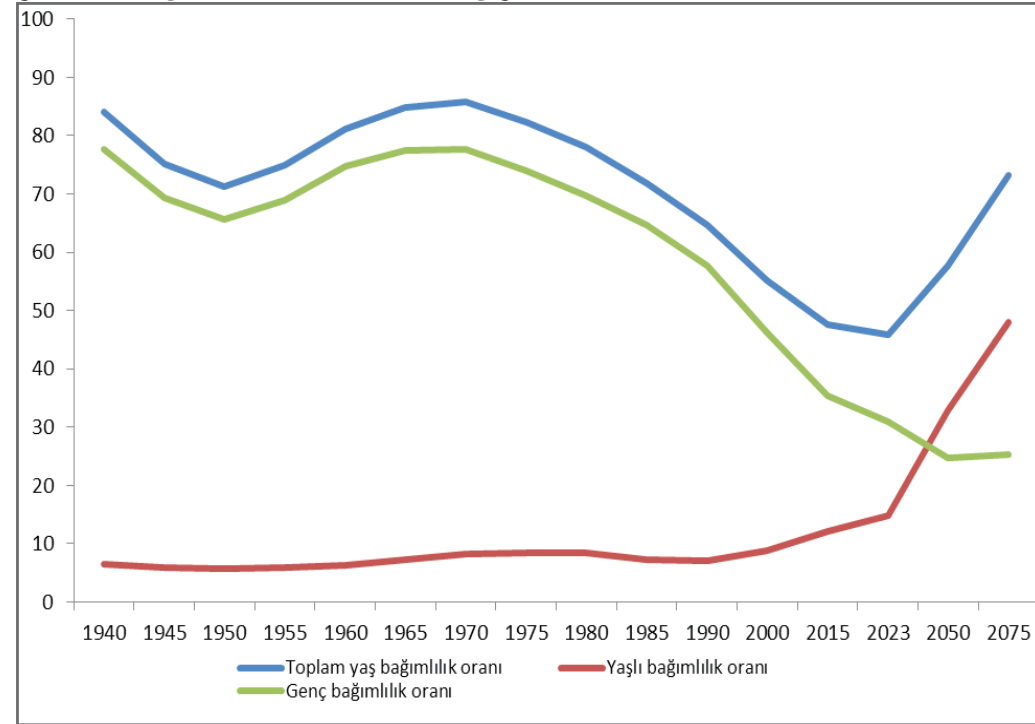
**Şekil 8. Yaşa Göre Nüfusun Oransal Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)**



Kaynak: TÜİK, 2013; 2016b

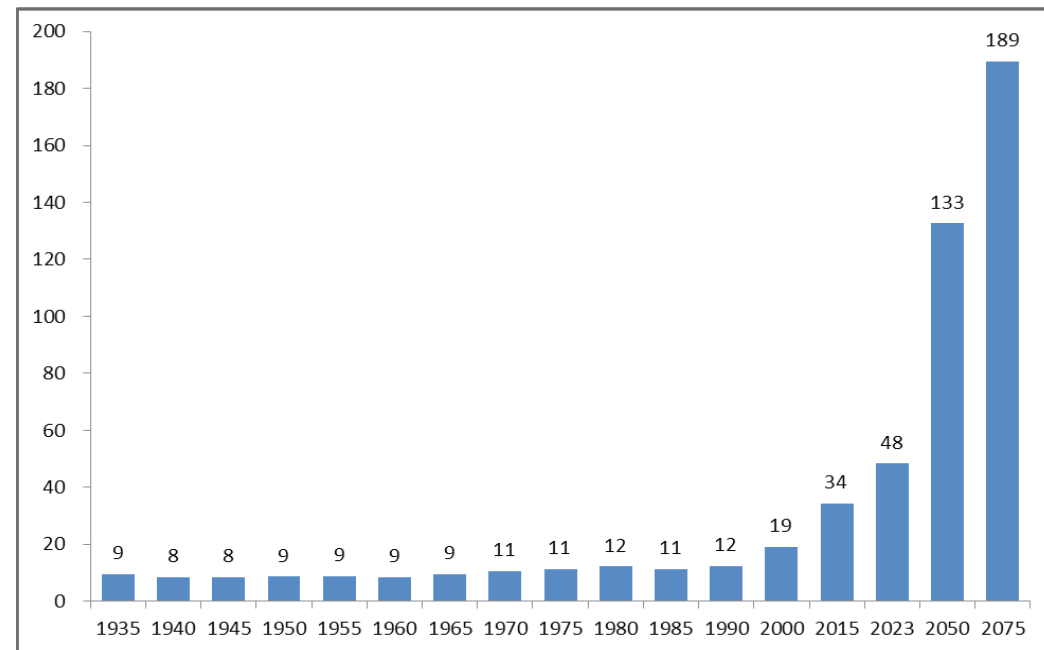
Geniş yaş gruplarının zaman içerisindeki değişiminin ortaya koyduğu sonuçlara paralel bir başka olgu da bağımlılık oranlarındaki değişimdir. Şekil 9'da bağımlılık oranlarına bakıldığında toplam yaş bağımlılık oranının 1960'lı yıllardan itibaren azalmakta olduğu görülmektedir. Toplam yaş bağımlılık oranı 1990'lı yıllara kadar 70'in üzerinde iken bir başka ifade ile her 100 çalışan başına 70'in üzerinde çocuk ve yaşlı düşmekte iken 2015 yılı itibarıyla 50'nin altına düşmüştür. Nüfus projeksiyonlarına göre toplam yaş bağımlılık oranı 2023 yılına kadar azalmaya devam edecek, yüzyılın ortalarına doğru yeniden artmaya başlayacaktır. Toplam yaş bağımlılık oranının iki bileşeni genç bağımlılık oranı ve yaşlı bağımlılık oranıdır. Doğurganlık hızının zaman içerisinde düşmesi nedeniyle genç bağımlılık oranı azalırken yaşlı bağımlılık oranı artmaktadır. Genç bağımlılık oranı günümüze kadar yaşlı bağımlılık oranının üç dört katı iken 2050 yılına doğru yaşlı bağımlılık oranının genç bağımlılık oranını geçmesi, 2075 yılında yaşlı bağımlılık oranının genç bağımlılık oranının yaklaşık iki katı olması beklenmektedir (TÜİK, 2013; 2016b).

Şekil 9. Bağımlılık Oranlarının Değişimi, 1940-2075 (Yüzde)



Kaynak: TÜİK, 2013; 2016b

Şekil 10. Yaşlanma Endeksinin Değişimi, 1935-2075 (Yüzde)



Kaynak: TÜİK, 2013; 2016b

Genç bağımlılık oranı ve yaşlı bağımlılık oranı arasında nasıl bir ilişki olduğu, Şekil 10'daki yaşlanma endeksinin (ageing index) incelenmesiyle daha açık bir şekilde anlaşılabilir. 2000'li yıllara kadar 15 yaşından küçük 100 kişi başına 10 civarında yaşlı düşerken, bu rakam 2015'te 34'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre bu artışın devam etmesi ve 2075 yılında 15 yaşından küçük 100 kişi başına 189 yaşlı düşmesi beklenmektedir (TÜİK 2013; 2016b).

### 1.3. İBBS Düzey-1 (12 bölge) Bazında Yaşlı Nüfusun Değişimi (2007-2015)

Tablo 7 ve 8'de 12 İBBS bazında 60 yaş ve üzerindeki nüfusun sayısal büyüklüğünün ve toplam nüfusa oranının 2007-2015 döneminde nasıl bir değişim geçirdiği sunulmaktadır. Türkiye genelinde 2007 yılında 7,1 milyon yaşlı varken, bu sayı 2015 yılında 9,6 milyona ulaşmıştır. Bu sayının 4,4 milyonu erkek, 5,2 milyonu ise kadındır. Oransal olarak bakıldığında ise 2007 yılında yaşlı nüfusun oranı yüzde 10,0 iken, 2015 yılında yüzde 12,2'ye yükselmiştir (TÜİK, 2016b).

Yaşlı nüfusun değişimi bölgeler açısından karşılaştırıldığında hem kadın nüfus hem erkek nüfus hem de toplam nüfus için en yüksek oranda artışın Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz bölgelerinde olduğu, en az artışın ise Güneydoğu Anadolu bölgesinde olduğu görülmektedir. Türkiye'nin üç büyük ili arasında ise sayısal büyüklük olarak en yüksek ama oransal olarak en düşük artış İstanbul ilinde yaşanırken en yüksek oranda artış İzmir ilinde yaşanmıştır (TÜİK, 2016b).

Tablo 9 ve 10 benzer bir eğilimin gelecekte de devam edeceğini ve 2023 yılında 60 yaş ve üzerinde nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının Türkiye genelinde yüzde 15'e, erkeklerde yüzde 14'e, kadınlarda ise yüzde 16'ya yükseleceğini öngörmektedir. Ayrıca, yaşlı nüfus oranının özellikle Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Batı Marmara gibi bölgelerde yüzde 20'nin üzerine çıkacağı; en büyük üç il arasında ise en yüksek oranda yaşlının İzmir ilinde yaşayacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2013).



Tablo 7. İBBS Düzey-1 ve Cinsiyete Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfus (Kişi Sayısı)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
İstanbul	Erkek	456 512	441 304	468 230	498 640	518 102	540 080	560 317	572 641	623 739
Batı Marmara	Erkek	196 803	202 739	210 952	220 892	227 715	236 194	244 609	263 690	273 764
Ege	Erkek	512 805	526 750	553 255	578 496	596 737	620 778	645 293	683 407	719 819
Doğu Marmara	Erkek	309 432	318 504	337 176	354 966	365 579	380 528	395 745	415 096	443 629
Batı Anadolu	Erkek	286 019	292 714	311 552	329 712	340 693	354 623	367 931	383 187	413 652
Akdeniz	Erkek	367 877	378 436	402 175	424 101	440 022	459 741	481 648	509 711	545 979
Orta Anadolu	Erkek	180 646	184 885	195 365	204 987	209 876	216 257	223 558	236 994	247 351
Batı Karadeniz	Erkek	281 754	287 463	302 249	315 217	321 379	330 918	341 336	355 952	374 008
Doğu Karadeniz	Erkek	150 049	153 474	160 752	168 983	173 193	179 172	185 158	196 715	204 607
Kuzeydoğu Anadolu	Erkek	86 738	86 767	89 624	93 596	94 668	95 685	97 263	103 121	106 292
Ortadoğu Anadolu	Erkek	114 215	114 932	120 587	127 090	129 688	133 411	137 275	143 786	152 409
Güneydoğu Anadolu	Erkek	188 431	186 774	195 431	204 926	211 547	219 295	227 367	237 727	253 258
Ankara	Erkek	186 820	190 988	203 803	217 242	225 677	235 492	245 123	254 034	276 890
İzmir	Erkek	196 769	202 222	214 368	225 779	233 909	244 067	253 850	267 947	283 382
<b>Toplam</b>		<b>3 131 281</b>	<b>3 174 742</b>	<b>3 347 348</b>	<b>3 521 606</b>	<b>3 629 199</b>	<b>3 766 682</b>	<b>3 907 500</b>	<b>4 102 027</b>	<b>4 358 507</b>
İstanbul	Kadın	611 835	564 789	594 803	630 100	655 646	682 024	706 678	723 213	779 623
Batı Marmara	Kadın	236 803	241 425	250 120	260 527	268 168	277 325	286 253	306 345	317 121
Ege	Kadın	632 524	643 086	672 551	700 943	721 966	747 591	774 947	816 245	855 120
Doğu Marmara	Kadın	378 984	384 116	404 358	424 432	437 142	453 814	470 580	491 661	523 524
Batı Anadolu	Kadın	363 027	366 211	387 779	409 146	423 019	438 889	454 165	471 375	505 799
Akdeniz	Kadın	441 129	445 213	469 986	494 066	512 161	533 766	557 052	587 995	626 740
Orta Anadolu	Kadın	228 672	230 787	242 468	253 271	259 099	265 829	273 745	287 595	299 071
Batı Karadeniz	Kadın	343 950	347 609	363 869	378 317	385 366	395 268	407 384	423 826	444 429
Doğu Karadeniz	Kadın	198 935	201 507	210 341	219 283	222 978	228 470	234 822	248 049	258 894
Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	106 722	103 940	106 767	111 734	112 928	115 078	117 332	123 917	128 260
Ortadoğu Anadolu	Kadın	142 817	139 897	146 300	154 178	157 734	163 300	169 251	177 578	187 690
Güneydoğu Anadolu	Kadın	251 210	238 399	247 902	262 087	271 796	282 485	292 445	303 851	318 928
Ankara	Kadın	239 299	240 439	255 066	271 037	281 788	292 814	303 910	313 854	339 289
İzmir	Kadın	244 593	247 785	262 187	275 551	285 146	296 455	308 059	323 496	340 541
<b>Toplam</b>		<b>3 936 608</b>	<b>3 906 979</b>	<b>4 097 244</b>	<b>4 298 084</b>	<b>4 428 003</b>	<b>4 583 839</b>	<b>4 744 654</b>	<b>4 961 650</b>	<b>5 245 199</b>
İstanbul	Toplam	1 068 347	1 006 093	1 063 033	1 128 740	1 173 748	1 222 104	1 266 995	1 295 854	1 403 362
Batı Marmara	Toplam	433 606	444 164	461 072	481 419	495 883	513 519	530 862	570 035	590 885
Ege	Toplam	1 145 329	1 169 836	1 225 806	1 279 439	1 318 703	1 368 369	1 420 240	1 499 652	1 574 939
Doğu Marmara	Toplam	688 416	702 620	741 534	779 398	802 721	834 342	866 325	906 757	967 153
Batı Anadolu	Toplam	649 046	658 925	699 331	738 858	763 712	793 512	822 096	854 562	919 451
Akdeniz	Toplam	809 006	823 649	872 161	918 167	952 183	993 507	1 038 700	1 097 706	1 172 719
Orta Anadolu	Toplam	409 318	415 672	437 833	458 258	468 975	482 086	497 303	524 589	546 422
Batı Karadeniz	Toplam	625 704	635 072	666 118	693 534	706 745	726 186	748 720	779 778	818 437
Doğu Karadeniz	Toplam	348 984	354 981	371 093	388 266	396 171	407 642	419 980	444 764	463 501
Kuzeydoğu Anadolu	Toplam	193 460	190 707	196 391	205 330	207 596	210 763	214 595	227 038	234 552
Ortadoğu Anadolu	Toplam	257 032	254 829	266 887	281 268	287 422	296 711	306 526	321 364	340 099
Güneydoğu Anadolu	Toplam	439 641	425 173	443 333	467 013	483 343	501 780	519 812	541 578	572 186
Ankara	Toplam	426 119	431 427	458 869	488 279	507 465	528 306	549 033	567 888	616 179
İzmir	Toplam	441 362	450 007	476 555	501 330	519 055	540 522	561 909	591 443	623 923
<b>Genel Toplam*</b>		<b>7 067 889</b>	<b>7 081 721</b>	<b>7 444 592</b>	<b>7 819 690</b>	<b>8 057 202</b>	<b>8 350 521</b>	<b>8 652 154</b>	<b>9 063 677</b>	<b>9 603 706</b>

Kaynak: TÜİK, 2016b : \*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

Tablo 8. İBBS Düzey-1'e Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı (Yüzde)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
İstanbul	Erkek	7,3	6,9	7,2	7,5	7,6	7,8	7,9	7,9	8,5
Batı Marmara	Erkek	12,7	12,8	13,3	13,8	13,9	14,3	14,7	15,5	16,0
Ege	Erkek	11,0	11,2	11,6	11,8	12,3	12,7	13,0	13,6	14,2
Doğu Marmara	Erkek	9,6	9,7	10,0	10,3	10,5	10,7	10,9	11,3	11,8
Batı Anadolu	Erkek	8,7	8,7	9,1	9,4	9,6	9,8	10,1	10,3	10,9
Akdeniz	Erkek	8,2	8,3	8,6	8,9	9,2	9,5	9,8	10,2	10,8
Orta Anadolu	Erkek	9,6	9,7	10,2	10,6	10,9	11,2	11,5	12,2	12,7
Batı Karadeniz	Erkek	12,7	13,0	13,5	14,0	14,5	14,9	15,3	16,0	16,8
Doğu Karadeniz	Erkek	12,2	12,3	12,8	13,6	13,9	14,2	14,6	15,4	16,0
Kuzeydoğu Anadolu	Erkek	7,7	7,7	8,0	8,3	8,2	8,4	8,6	9,1	9,5
Ortadoğu Anadolu	Erkek	6,3	6,2	6,5	6,9	6,8	6,9	7,1	7,4	7,8
Güneydoğu Anadolu	Erkek	5,2	5,0	5,2	5,4	5,4	5,5	5,6	5,7	6,0
Ankara	Erkek	8,4	8,4	8,8	9,1	9,3	9,5	9,8	9,9	10,6
İzmir	Erkek	10,5	10,7	11,1	11,4	11,8	12,2	12,5	13,1	13,6
<b>Toplam</b>		<b>8,9</b>	<b>8,8</b>	<b>9,2</b>	<b>9,5</b>	<b>9,7</b>	<b>9,9</b>	<b>10,2</b>	<b>10,5</b>	<b>11,0</b>
İstanbul	Kadın	9,7	9,0	9,3	9,5	9,7	9,9	10,0	10,1	10,7
Batı Marmara	Kadın	15,8	15,8	16,2	16,7	17,0	17,4	17,7	18,5	19,0
Ege	Kadın	13,7	13,7	14,2	14,6	14,9	15,3	15,7	16,3	16,9
Doğu Marmara	Kadın	11,8	11,7	12,1	12,5	12,6	12,9	13,1	13,5	14,0
Batı Anadolu	Kadın	10,8	10,8	11,2	11,6	11,8	12,0	12,3	12,5	13,2
Akdeniz	Kadın	10,0	9,9	10,2	10,6	10,8	11,1	11,5	11,9	12,5
Orta Anadolu	Kadın	12,1	12,2	12,7	13,2	13,5	13,8	14,1	14,8	15,3
Batı Karadeniz	Kadın	15,2	15,3	16,0	16,7	17,1	17,5	18,0	18,7	19,6
Doğu Karadeniz	Kadın	15,8	16,0	16,6	17,3	17,6	17,9	18,3	19,2	20,0
Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	9,9	9,7	10,0	10,4	10,4	10,6	10,9	11,5	11,9
Ortadoğu Anadolu	Kadın	8,1	7,9	8,2	8,5	8,7	8,9	9,1	9,5	10,0
Güneydoğu Anadolu	Kadın	7,0	6,6	6,7	6,9	7,0	7,2	7,3	7,4	7,7
Ankara	Kadın	10,7	10,5	10,9	11,3	11,5	11,8	12,0	12,1	12,8
İzmir	Kadın	13,1	13,1	13,6	14,0	14,4	14,8	15,1	15,7	16,3
<b>Toplam</b>		<b>11,2</b>	<b>11,0</b>	<b>11,4</b>	<b>11,7</b>	<b>11,9</b>	<b>12,2</b>	<b>12,4</b>	<b>12,8</b>	<b>13,4</b>
İstanbul	Toplam	8,5	7,9	8,2	8,5	8,6	8,8	8,9	9,0	9,6
Batı Marmara	Toplam	14,2	14,3	14,7	15,2	15,4	15,8	16,2	17,0	17,4
Ege	Toplam	12,3	12,5	12,9	13,2	13,6	14,0	14,3	15,0	15,5
Doğu Marmara	Toplam	10,7	10,7	11,1	11,4	11,5	11,8	12,0	12,4	12,9
Batı Anadolu	Toplam	9,8	9,8	10,2	10,5	10,7	10,9	11,2	11,4	12,0
Akdeniz	Toplam	9,1	9,1	9,4	9,7	10,0	10,3	10,6	11,1	11,7
Orta Anadolu	Toplam	10,8	11,0	11,4	11,9	12,2	12,5	12,8	13,5	14,0
Batı Karadeniz	Toplam	14,0	14,2	14,8	15,3	15,8	16,2	16,6	17,4	18,2
Doğu Karadeniz	Toplam	14,0	14,2	14,7	15,4	15,8	16,0	16,4	17,3	18,0
Kuzeydoğu Anadolu	Toplam	8,7	8,7	8,9	9,3	9,3	9,5	9,7	10,3	10,7
Ortadoğu Anadolu	Toplam	7,2	7,0	7,3	7,7	7,7	7,9	8,1	8,5	8,9
Güneydoğu Anadolu	Toplam	6,1	5,8	5,9	6,2	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8
Ankara	Toplam	9,5	9,5	9,9	10,2	10,4	10,6	10,9	11,0	11,7
İzmir	Toplam	11,8	11,9	12,3	12,7	13,1	13,5	13,8	14,4	15,0
<b>Genel Toplam*</b>		<b>10,0</b>	<b>9,9</b>	<b>10,3</b>	<b>10,6</b>	<b>10,8</b>	<b>11,0</b>	<b>11,3</b>	<b>11,7</b>	<b>12,2</b>

Kaynak: TÜİK, 2016b : \*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

Tablo 9. İBBS Düzey-1 ve Cinsiyete Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfus, 2015-2023 (Kişi Sayısı)

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	Erkek	623 739	668 833	692 971	723 208	763 980	807 400	841 839	883 279	926 401
Batı Marmara	Erkek	273 764	277 787	286 013	295 997	306 914	319 339	329 177	339 775	349 396
Ege	Erkek	719 819	732 296	752 054	776 341	808 116	841 839	867 043	897 900	926 663
Doğu Marmara	Erkek	443 629	464 821	480 211	499 322	523 094	548 902	568 999	591 993	614 447
Batı Anadolu	Erkek	413 652	428 081	440 386	456 295	477 949	500 648	518 975	541 335	563 892
Akdeniz	Erkek	545 979	558 969	574 705	593 179	621 556	651 329	673 351	701 732	731 388
Orta Anadolu	Erkek	247 351	252 778	258 056	264 814	275 518	285 940	292 706	301 970	311 149
Batı Karadeniz	Erkek	374 008	383 156	388 800	396 939	410 225	424 420	433 640	444 823	456 323
Doğu Karadeniz	Erkek	204 607	210 330	215 395	221 849	230 614	239 688	245 878	253 517	262 276
Kuzeydoğu Anadolu	Erkek	106 292	108 331	109 229	111 212	114 212	117 538	120 102	124 036	127 537
Ortadoğu Anadolu	Erkek	152 409	155 998	158 791	162 283	168 708	174 704	179 818	187 172	195 441
Güneydoğu Anadolu	Erkek	253 258	256 066	260 680	267 193	278 071	288 173	297 549	311 270	327 792
Ankara	Erkek	276 890	292 595	302 902	315 630	332 540	350 538	365 175	382 462	400 375
İzmir	Erkek	283 382	293 827	303 650	315 039	328 738	343 066	354 735	368 513	381 351
<b>Toplam</b>		<b>4 358 507</b>	<b>4 497 446</b>	<b>4 617 291</b>	<b>4 768 632</b>	<b>4 978 957</b>	<b>5 199 920</b>	<b>5 369 077</b>	<b>5 578 802</b>	<b>5 792 705</b>
İstanbul	Kadın	779 623	829 542	856 973	889 428	931 278	979 367	1 017 282	1 063 036	1 110 925
Batı Marmara	Kadın	317 121	322 647	332 440	343 700	356 052	370 147	381 104	393 187	404 877
Ege	Kadın	855 120	867 999	890 132	916 149	949 628	986 090	1 014 403	1 048 760	1 081 308
Doğu Marmara	Kadın	523 524	546 153	562 688	582 669	607 746	636 212	658 142	684 118	709 114
Batı Anadolu	Kadın	505 799	523 738	537 925	556 105	580 155	606 677	627 399	652 981	679 396
Akdeniz	Kadın	626 740	642 793	660 374	681 734	712 972	747 362	772 214	803 773	836 893
Orta Anadolu	Kadın	299 071	304 481	309 968	317 052	328 285	339 943	347 132	356 875	367 036
Batı Karadeniz	Kadın	444 429	453 723	460 151	468 654	482 904	499 665	509 988	522 991	536 689
Doğu Karadeniz	Kadın	258 894	260 755	264 683	269 800	277 684	286 078	291 808	299 440	308 387
Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	128 260	131 213	132 254	133 944	136 935	140 588	143 132	147 454	151 441
Ortadoğu Anadolu	Kadın	187 690	189 843	192 814	196 728	202 777	209 615	215 060	222 936	231 262
Güneydoğu Anadolu	Kadın	318 928	321 532	327 841	335 899	349 030	362 114	372 986	387 463	403 466
Ankara	Kadın	339 289	357 491	369 516	384 159	403 102	423 955	440 275	459 855	480 666
İzmir	Kadın	340 541	350 872	361 943	374 559	389 239	405 181	418 262	433 575	448 308
<b>Toplam</b>		<b>5 245 199</b>	<b>5 394 419</b>	<b>5 528 243</b>	<b>5 691 862</b>	<b>5 915 446</b>	<b>6 163 858</b>	<b>6 350 650</b>	<b>6 583 014</b>	<b>6 820 794</b>
İstanbul	Toplam	1 403 362	1 498 375	1 549 944	1 612 636	1 695 258	1 786 767	1 859 121	1 946 315	2 037 326
Batı Marmara	Toplam	590 885	600 434	618 453	639 697	662 966	689 486	710 281	732 962	754 273
Ege	Toplam	1 574 939	1 600 295	1 642 186	1 692 490	1 757 744	1 827 929	1 881 446	1 946 660	2 007 971
Doğu Marmara	Toplam	967 153	1 010 974	1 042 899	1 081 991	1 130 840	1 185 114	1 227 141	1 276 111	1 323 561
Batı Anadolu	Toplam	919 451	951 819	978 311	1 012 400	1 058 104	1 107 325	1 146 374	1 194 316	1 243 288
Akdeniz	Toplam	1 172 719	1 201 762	1 235 079	1 274 913	1 334 528	1 398 691	1 445 565	1 505 505	1 568 281
Orta Anadolu	Toplam	546 422	557 259	568 024	581 866	603 803	625 883	639 838	658 845	678 185
Batı Karadeniz	Toplam	818 437	836 879	848 951	865 593	893 129	924 085	943 628	967 814	993 012
Doğu Karadeniz	Toplam	463 501	471 085	480 078	491 649	508 298	525 766	537 686	552 957	570 663
Kuzeydoğu Anadolu	Toplam	234 552	239 544	241 483	245 156	251 147	258 126	263 234	271 490	278 978
Ortadoğu Anadolu	Toplam	340 099	345 841	351 605	359 011	371 485	384 319	394 878	410 108	426 703
Güneydoğu Anadolu	Toplam	572 186	577 598	588 521	603 092	627 101	650 287	670 535	698 733	731 258
Ankara	Toplam	616 179	650 086	672 418	699 789	735 642	774 493	805 450	842 317	881 041
İzmir	Toplam	623 923	644 699	665 593	689 598	717 977	748 247	772 997	802 088	829 659
<b>Genel Toplam*</b>		<b>9 603 706</b>	<b>9 891 865</b>	<b>10 145 534</b>	<b>10 460 494</b>	<b>10 894 403</b>	<b>11 363 778</b>	<b>11 719 727</b>	<b>12 161 816</b>	<b>12 613 499</b>

Kaynak: TÜİK, 2013: \*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

Tablo 10. İBBS Düzey-1'e Göre 60 Yaş ve Üzerindeki Nüfusun Oranı, 2015-2023 (Yüzde)

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	Erkek	8,5	9,0	9,2	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	11,2
Batı Marmara	Erkek	16,0	16,2	16,6	17,0	17,5	18,1	18,5	19,0	19,4
Ege	Erkek	14,2	14,6	14,9	15,3	15,8	16,4	16,8	17,4	17,9
Doğu Marmara	Erkek	11,8	12,4	12,6	13,0	13,4	13,9	14,2	14,6	15,0
Batı Anadolu	Erkek	10,9	11,2	11,4	11,7	12,1	12,5	12,8	13,2	13,7
Akdeniz	Erkek	10,8	11,1	11,3	11,6	12,0	12,5	12,8	13,3	13,7
Orta Anadolu	Erkek	12,7	13,1	13,4	13,7	14,3	14,9	15,2	15,8	16,3
Batı Karadeniz	Erkek	16,8	17,4	17,7	18,2	18,8	19,6	20,1	20,8	21,4
Doğu Karadeniz	Erkek	16,0	16,6	16,9	17,5	18,2	18,9	19,4	20,1	20,8
Kuzeydoğu Anadolu	Erkek	9,5	9,4	9,5	9,6	9,8	10,1	10,3	10,6	10,9
Ortadoğu Anadolu	Erkek	7,8	7,9	8,0	8,1	8,4	8,6	8,9	9,2	9,5
Güneydoğu Anadolu	Erkek	6,0	6,0	6,0	6,0	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8
Ankara	Erkek	10,6	11,1	11,3	11,6	12,0	12,5	12,8	13,2	13,6
İzmir	Erkek	13,6	14,1	14,5	14,9	15,4	16,0	16,4	16,9	17,4
<b>Toplam</b>		<b>11,0</b>	<b>11,4</b>	<b>11,6</b>	<b>11,8</b>	<b>12,2</b>	<b>12,7</b>	<b>13,0</b>	<b>13,3</b>	<b>13,7</b>
İstanbul	Kadın	10,7	11,2	11,4	11,6	11,9	12,4	12,6	13,0	13,4
Batı Marmara	Kadın	19,0	19,4	19,8	20,3	20,9	21,5	22,0	22,5	23,0
Ege	Kadın	16,9	17,2	17,5	17,9	18,5	19,1	19,5	20,1	20,6
Doğu Marmara	Kadın	14,0	14,6	14,9	15,2	15,7	16,2	16,5	17,0	17,4
Batı Anadolu	Kadın	13,2	13,6	13,7	14,0	14,4	14,9	15,2	15,7	16,1
Akdeniz	Kadın	12,5	12,9	13,1	13,4	13,9	14,4	14,7	15,2	15,7
Orta Anadolu	Kadın	15,3	15,7	16,0	16,4	17,0	17,6	18,0	18,5	19,1
Batı Karadeniz	Kadın	19,6	20,2	20,6	21,1	21,8	22,7	23,3	24,1	24,9
Doğu Karadeniz	Kadın	20,0	20,4	20,7	21,1	21,7	22,4	22,9	23,6	24,4
Kuzeydoğu Anadolu	Kadın	11,9	11,9	12,0	12,1	12,4	12,7	12,9	13,2	13,6
Ortadoğu Anadolu	Kadın	10,0	10,1	10,2	10,3	10,5	10,8	11,1	11,4	11,8
Güneydoğu Anadolu	Kadın	7,7	7,6	7,6	7,7	7,8	8,0	8,1	8,3	8,5
Ankara	Kadın	12,8	13,4	13,6	13,9	14,3	14,8	15,2	15,6	16,1
İzmir	Kadın	16,3	16,8	17,2	17,6	18,1	18,7	19,2	19,7	20,2
<b>Toplam</b>		<b>13,4</b>	<b>13,7</b>	<b>13,9</b>	<b>14,2</b>	<b>14,6</b>	<b>15,0</b>	<b>15,4</b>	<b>15,8</b>	<b>16,2</b>
İstanbul	Toplam	9,6	10,1	10,3	10,5	10,9	11,3	11,6	11,9	12,3
Batı Marmara	Toplam	17,4	17,8	18,2	18,7	19,2	19,8	20,2	20,7	21,2
Ege	Toplam	15,5	15,9	16,2	16,6	17,2	17,8	18,2	18,7	19,3
Doğu Marmara	Toplam	12,9	13,5	13,8	14,1	14,5	15,0	15,4	15,8	16,2
Batı Anadolu	Toplam	12,0	12,4	12,6	12,9	13,3	13,7	14,1	14,5	14,9
Akdeniz	Toplam	11,7	12,0	12,2	12,5	12,9	13,5	13,8	14,3	14,7
Orta Anadolu	Toplam	14,0	14,4	14,7	15,1	15,6	16,2	16,6	17,1	17,7
Batı Karadeniz	Toplam	18,2	18,8	19,2	19,6	20,3	21,2	21,7	22,4	23,2
Doğu Karadeniz	Toplam	18,0	18,5	18,8	19,3	20,0	20,7	21,2	21,8	22,6
Kuzeydoğu Anadolu	Toplam	10,7	10,6	10,7	10,8	11,1	11,4	11,6	11,9	12,2
Ortadoğu Anadolu	Toplam	8,9	9,0	9,1	9,2	9,4	9,7	9,9	10,3	10,6
Güneydoğu Anadolu	Toplam	6,8	6,8	6,8	6,8	7,0	7,1	7,2	7,4	7,6
Ankara	Toplam	11,7	12,2	12,4	12,7	13,2	13,7	14,0	14,4	14,9
İzmir	Toplam	15,0	15,5	15,8	16,3	16,8	17,4	17,8	18,3	18,8
<b>Genel Toplam*</b>		<b>12,2</b>	<b>12,5</b>	<b>12,7</b>	<b>13,0</b>	<b>13,4</b>	<b>13,8</b>	<b>14,2</b>	<b>14,6</b>	<b>15,0</b>

Kaynak: TÜİK, 2013: \*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

## 2. YAŞLILARA YÖNELİK POLİTİKA GELİŞTİRME İHTİYACI

Yaşlanma 21. yüzyılın en önemli demografik olgularından biridir. Toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının artması, yaşlı nüfus içinde en yaşlı diye kabul edilen 85 yaş ve üzeri nüfusun daha da hızlı bir oranda artması, toplam yaş bağımlılık oranlarının artarak çalışan nüfus üzerindeki yükün artması, doğurganlık hızının azalması ve kadınların daha fazla istihdamda yer almaları öne çıkan gelişmelerdir. Bu gelişmeler hâlihazırda ve gelecekte ülkelerin sadece demografik yapılarını değil eğitimden istihdam, sosyal güvenlik, sosyal hizmetlere, ekonomik büyümeden kuşaklararası ilişkilerin şekillenmesine kadar pek çok alanı etkileyecektir.

Yaşlılara yönelik politikaların ekonomik ve sosyal alanlarda bütüncül ve sürdürülebilir bir yapıda tasarlanması gerekmektedir. Bu çalışma sadece bakım hizmetlerine ve özellikle bakım hizmetlerinin maliyönüne odaklanmaktadır; ancak bakım hizmetlerinin genel politika çerçevesinin bir parçası olduğu ve bütün sosyal yardım ve hizmet yapısı ile birlikte değerlendirilmesi gereği göz önünde bulundurulmalıdır. Bakım hizmetleri adına ortaya konulan öngörüler ve öneriler aynı zamanda ASPB'nin genel yapısı, bütün alanlarda verilen sosyal hizmetler ve yardımlar için de geçerlidir. İnsan kaynağının ve bilişim altyapısının geliştirilmesi, yerel yönetimlerin bu alanlarda aktif hale getirilmesi, özel sektörden ve kâr amacı gütmeyen kurumlardan hizmet satın alınması gibi bileşenler için gerekli altyapının ve hukuki düzenlemelerin tek başına yaşlı bakım hizmetleri için gündeme gelmesi mümkün değildir. Literatürün de işaret ettiği ve ihtiyaca cevap verecek düzenlemeleri Bakanlığın bir bütün olarak değerlendirmesi ve yol haritasını buna göre şekillendirmesi faydalı olacaktır.

### 2.1. Demografik Eğilimler

Yaşlanma sürecine ilişkin demografik eğilimler bu çalışmanın birinci bölümünde detaylı olarak sunulmuştur. Bu bölümde detaya girilmemekle birlikte yaşlılara yönelik politikaların ulusal ve uluslararası alanda neden daha çok gündeme geldiğine ilişkin bazı tespitlere yer verilmiştir.

Toplum içerisinde yaşlı nüfusun arttığı ve artmaya devam edeceği bilinmektedir. Dikkate değer bir diğer nokta da en yaşlı nüfus oranının artış hızıdır. Örneğin 2050 yılına kadar Türkiye'nin toplam nüfusunun 1,2 kat artması beklenirken 65 yaş ve üzeri nüfusun üç kat, en yaşlı nüfusun oranının ise 5 kat artması beklenmektedir (TÜİK 2013). Tıpkı yaşlanma olgusunun genel anlamda sosyal politika ve özeldede bakım politikalarını değiştirmesi gibi en yaşlı grubun oranındaki bu dramatik değişim de özel olarak dikkat çekmektedir.

Yaşlanma sürecinde demografik açıdan önemli bir husus da yaşlanmanın hızıdır. Tablo 11'de seçilmiş bazı ülkelerdeki yaşlanma hızları gösterilmektedir.

Tablo 11. Seçilmiş Bazı Ülkelerde ve Türkiye'de Yaşlanma Hızı

ÜLKELER	%7 Oranına Ulaşılan Yıl	%14 Oranına Ulaşılan Yıl	Geçiş Süresi (Yıl)
Fransa	1865	1980	115
Almanya	1930	1975	45
İsveç	1890	1975	85
İngiltere	1930	1975	45
ABD	1945	2020	75
Türkiye	2012	2039	27

Kaynak: T.C. Başbakanlık, 2005:35

Gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin daha hızlı yaşlandığı görülmektedir (T.C. Başbakanlık, 2005). Avrupa ülkeleri arasında yakın bir zamana kadar doğurganlık ortalaması diğer Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olan İspanya ve İtalya da hızlı bir yaşlanma süreci yaşamaktadır. Özellikle Kuzey Afrika ve Ortadoğu ülkeleri için de bu durum geçerlidir. Çarpıcı bir örnek olarak bugün İran'ın toplam doğurganlık hızı İsveç'in, Bosna-Hersek'in doğurganlık hızı ise Fransa'nın oldukça altındadır (United Nations, 2015). Türkiye'de güçlü aile yapısının ve manevi değerlerin doğurganlık düşüşünü bir noktada durduracağı yönündeki argümanlar ise farklı yapıdaki ülkelerin doğurganlık seyirleri göz önüne alındığında mevcut literatür çerçevesinde doğrulanmamaktadır (Yüksel; 2105:26).

Bu açıdan Türkiye de dâhil gelişmekte olan ülkelerde yaşlanmanın doğuracağı hem finansal yük hem de bakım hizmetlerinin yeterli seviyeye çekilmesi adına daha az vakit olduğu anlaşılmaktadır. Bu çerçevede gelişmiş ülkelerin önce belirli bir gelişme düzeyi yakalayıp, sonra yaşlandığı; dolayısıyla yaşlanmayı finanse edebilecek bir kapasite ve gerekli insan sermayesine yatırım yapma fırsatı buldukları söylenebilir. Ancak gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gelişme ve kalkınma süreci yaşlanma süreci ile eş zamanlı olarak ortaya çıkmakta; dolayısıyla ülkelerin yaşlanma sürecinin doğuracağı riskler ve gerekli hazırlıklar için daha sınırlı bir imkân ve zaman olmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler için bu şekilde bir açmaz varken yaşlanmanın aslında gelişmekte olan ülkelerin sorunu olduğu şeklinde bir kanaat de mevcuttur. Her ne kadar oransal olarak gelişmekte olan ülkelerde daha fazla yaşlı nüfus olsa da, sayısal olarak bakıldığında günümüzde yaşlı nüfusun üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerdedir. Türkiye'yi ele alırsak; 60 yaş ve üzeri nüfusun oranı yüzde 12,2 olmasına karşın bu oran 9,6 milyon kişiye denk gelmektedir. Bu ölçekteki bir yaşlı nüfus Avrupa ülkelerinin çoğunun toplam nüfusundan daha fazladır (United Nations, 2015).



## 2.2. Kültürel Değişim

Modern zamanlar, sadece ekonomik anlamda bir dönüşüme neden olmamış aynı zamanda sosyal bir dönüşüme de yol açmıştır. Bu sosyal dönüşümün en önemli merkezi "aile" kurumudur. Aile kurumundaki dönüşüm, aile içinde bir fert olan yaşlı birey için de kaçınılmaz olarak bir dönüm noktası olmuştur. Geleneksel aile kurumu içinde yaşlının konum ve statüsü güvence altındadır. Yaşlı kişi ailenin en bilgili ve tecrübeli kişisi olarak saygı ile davranılan ve aynı zamanda ihtiyaçları giderilen bir kişisidir (Altan, 2006: 270). Ancak değişen kültürel ve sosyal yapı, yaşlının aile içinde bakımı olanağını zamanla azaltmıştır.

Değerlerdeki bu değişime ek olarak kadınların istihdam oranlarındaki artış, iç ve dış göçler; dolayısıyla ikinci nesil ile ebeveynlerin yakın ikamet olanaklarının azalması ve benzeri nedenler yaşlı bakımında aile seçeneği ihtimalini azaltmıştır.

TAYA 2011 sonuçlarına göre Türkiye'de geniş ailelerin oranı yüzde 24'tür. Aile içinde bakıma muhtaç yaşlı barındıran ailelerin oranı ise yüzde 5,9'dur. Bu oran kentlerde yüzde 4,9 iken kırsal alanlarda yüzde 8,6'dır. Kır ve kent arasındaki bu ayrım aynı zamanda kentleşme ile birlikte aile yanında bakım oranının nasıl azaldığını/azalacağını da göstermektedir. Benzer şekilde sosyo-ekonomik statü gruplarına bakıldığında en üst grupta hanede bakıma muhtaç yaşlı oranının yüzde 1 olduğu, en alt grupta ise yüzde 12 olduğu görülmektedir (ASPB, 2011). Ailenin zayıflaması ve yaşlı bakımında kurumsal hizmet olanaklarının artması ile ilişkili diğer bir olgu sosyal devlet anlayışının güçlenmesidir. Ailenin zayıflaması ile devletin sunduğu bakım olanaklarının arttığı mı yoksa tersinin mi olduğu sorusu cevaplama zor ve karmaşık bir sorudur. Ancak kesin olan şudur ki özellikle gelişmiş refah devletlerinde devlet destekli yaşlı bakım hizmetleri giderek güçlenmektedir.

Yaşlılara dönük sosyal politikalar kaynağını "sosyal devlet" ilkesinden almış ve siyasi anlamda özellikle gelişmiş ülkelerde kendisine yer bulmuştur. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında birçok ülke tarafından "sosyal devlet" ilkesi benimsenmiş, birçok ülkenin anayasalarında yerini almış (Altan, 2006: 273) ve bu ilke etrafında sosyal politika uygulamaları gerçekleştirilmiştir (Taşcı, 2010:182).

Bu ilkeyi benimseyen devletler vatandaşların sosyo-ekonomik durumlarını iyileştirme, insan onuruna yaraşır bir hayat sürmelerini ve sosyal güvenliklerini sağlama konularında kendilerini yükümlü görmüşlerdir. Bu yükümlülükler, anayasal dayanaklarla da "görev" haline gelmiştir (Altan, 2006: 272).

## 2.3. Uluslararası Süreçlerin Teşviki

Yaşlılık/yaşlanma konusu günümüzde insan hakları kavramı etrafında ele alınan bir konu durumuna gelmiştir. Yaşlılık dönemini bir tür "yetersizlik süreci" olarak ele alan fonksiyonellik temelli yaklaşımlar, yaşlıları toplumdan izole ederek yalnızlığa terk etmeleri nedeniyle eleştirilmektedir. Son 50 yılda yaşlılara yönelik politikaların çerçevesini çizen ve ulusları bu yönde politika geliştirmeye teşvik eden süreçler hızlanmıştır. ASPB tarafından 2012'de yayınlanan Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programının özetlediği üzere aşağıda sıralanan süreçler yaşlılık konusunun uluslararası gündemde yer almasına ve ulusların bu konuya daha fazla yatırım yapmalarına katkıda bulunmuştur (ASPB, 2012):

Dünya Sağlık Örgütü'nün 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında 5. Hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken 13. Hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmektedir. 1994 yılında Kahire'de yapılan, Türkiye'nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır.

2002 yılında BM tarafından Madrid'de düzenlenen 2. Dünya Yaşlılık Asamblesinde ise yaşlı nüfusun yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, topluma entegrasyonları, geçim ve sağlık problemleri ile tüm yaş gruplarını kapsayan politikalar oluşturulması ekseninde "Uluslararası Eylem Planı" hazırlanmıştır. Bu çerçevede Türkiye de Uluslararası Eylem Planı'nı ülke şartlarına geniş ve katılımcı bir komisyon eliyle uyumlulaştırmış ve Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı olarak Yüksek Planlama Kurulu tarafından kabul edilerek yayınlanmıştır. Son olarak da 2012 yılında ASPB tarafından Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı olarak revize edilmiştir.

2015 yılına kadar olan uluslararası hedefleri içeren BinYıl Kalkınma Hedeflerinde yaşlılara özel bir vurgu yapılmamış olmakla birlikte 2015 yılında yayınlanan ve 2030 yılına kadar olan uluslararası hedefleri içeren Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri "Her Yaş İçin Refahın Teşvik Edilmesi ve Sağlıklı Yaşamın Sağlanması" hedefi ile yaşlı nüfusa da atıfta bulunmuştur.

## 2.4. Yaşlanmanın Maliyeti

Yaşlanma konusunu ülkelerin ve uluslararası kuruluşların gündemine getiren en önemli faktörlerden birisi de yaşlanmanın beklenen maliyetleridir. Yaşlanma sürecinin maliyeti pek çok nedenden kaynaklanmaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile emeklilikte geçen yıllar artarken, yaşlı nüfusun artması ile de sisteme katkı veren çalışan nüfus sayısı düşmektedir. Yaşlanma süreci ile artan diğer bir maliyet ise sağlık harcamalarıdır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY)<sup>1</sup> rakamları da değişmektedir. Her ne kadar ömrün uzamasının DALY yıllarını artırmadığını sadece ötelediğini söyleyen teoriler (Dinamik Denge Teorisi, Manton 1982) olsa da hastalıklı geçirilen yıllarında özellikle kronik hastalıklarla birlikte artacağı yönündeki teoriler de (Gruenberg 1977) kuvvetlidir (Lindgren, 2016).

Yapılan projeksiyonlara göre yaşlanma ile birlikte evde bakım ve kurumsal bakım hizmetlerine olan ihtiyacın da aynı şekilde artması beklenmektedir. Engellilik, hastalık, travma gibi sebeplerle günlük kişisel aktivitelerini (yemek, içmek, giyinmek, kişisel temizlik gibi) ve araçsal günlük aktivitelerini (yemek hazırlamak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak gibi) yerine getiremeyenler bakım hizmetlerinin hedef gruplarıdır (OECD, 2006:18). Yaşlılık nedeni ile gündelik bakımını

<sup>1</sup> DALY kavramı, herhangi bir hastalıktan kaynaklı erken ölümler (Years of Life Lost -YLL) ile ölümlerle sonuçlanmayan; ancak uzun dönemli engel ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünü (Years Lost to Disability-YLD), tek bir ölçüt ile değerlendirmektedir. "Bir DALY; Bir sağlıklı yaşam yılından kayıp" anlamına gelir. Kısaca; DALY= YLL+YLD şeklinde hesaplanır.

yerine getiremeyecek kadar yaşlı olanlara ve gündelik hayatta hafif derecede desteğe ihtiyacı olanlara yönelik hizmetler sürekli olarak hem çeşitlenmekte hem de artmaktadır.

Tablo 12'de Türkiye'nin de içinde bulunduğu birkaç ülkenin ve OECD ortalamasının sağlık ve uzun süreli bakım projeksiyonu sunulmaktadır. OECD'nin 2013 yılı "Public spending on health and long-term care: a new set of projections" çalışmasına göre, 2060 yılında OECD ülkelerinde sağlık ve uzun süreli bakım harcamalarının milli gelire oranının 2006-2010 yılı ortalamasına göre yüzde 3,7 ile yüzde 7,6 arasında artması beklenmektedir. Söz konusu çalışma iki farklı senaryoya göre hazırlanmıştır. İlk senaryoda, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yıllık yüzde 1,7 arttığı varsayılmış, ikincisinde ise maliyet artışını önleyecek politikaların uygulanarak maliyet artışının engellendiği varsayılmıştır. Çalışmanın sunduğu veriler, sadece kamu harcamalarıdır. Özel sektör harcamaları göz önünde bulundurulduğunda yüzde 2,5 oranında ek bir harcama büyüklüğünün hesaba katılması gerekmektedir (OECD, 2013b).

**Tablo 12. Kamu Sağlık ve Uzun Süreli Bakım Harcamalarının Milli Gelire Oranı (Yüzde)**

	2006-2010 Ortalama Sağlık Harcaması	2060 Sağlık Harcaması		2006-2010 Ortalama USB Harcaması*	2060 Uzun Süreli Bakım*		2006-2010 Ortalama Harcama	2060 Toplam	
		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo		Birinci Senaryo	İkinci Senaryo
Türkiye	3,8	10,9	7,0	0,0	2,3	1,6	3,8	13,2	8,6
Norveç	5,1	11,2	7,3	2,1	3,1	2,7	7,2	14,3	10,0
Kore	3,3	10,9	7,0	0,3	2,3	1,6	3,6	13,2	8,6
ABD	7,1	13,2	9,3	0,6	1,3	1,0	7,6	14,5	10,3
Fransa	7,4	13,5	9,6	1,1	2,1	1,7	8,5	15,5	11,3
OECD	5,5	11,8	7,9	0,8	2,1	1,6	6,2	13,9	9,5

Kaynak: OECD, 2013b; \*USB: Uzun Süreli Bakım

Sonuç itibarıyla yaşlanmanın ve yaşlı bakımının daha fazla ülkenin gündeminde yer almasının sosyal, kültürel ve demografik nedenleri kadar mali nedenleri de bulunmaktadır ve ortaya çıkacak mali yük bağlamında önlem alıcı politikalar geliştirme çabaları da güçlenmektedir.

### 3. DÜNYADA YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

Diğer yaş grupları gibi yaşlılar için de asıl olan kendi ortamlarında ve bağımsız yaşamalarıdır. İlerleyen yaşlarda bağımsız yaşayabilmeyi belirleyen üç temel faktör sıralanmıştır. Bunlar; temel olarak sağlık durumu, gelir ve bir yakından/akrabadan destek alabilmedir (Matcha, 1997:202). Bu faktörlerden bir veya birkaçının eksik olması durumunda yaşlıların kurumsal bakım, evde bakım, nakit transferi gibi desteklerden bir veya birkaçı ile desteklenmeleri gerekmektedir.

Yaşlılar zaman içerisinde gündelik yaşam işlevlerinin bir kısmını kaybederler ve uzun süreli bakım hizmetine ihtiyaç duyarlar. Avrupa Komisyonu tanımına göre uzun süreli bakım; bireylerin fiziksel veya zihinsel yetersizlik nedeniyle gündelik aktivitelerinin tamamını veya bir kısmını geçici veya sürekli olarak başka birisinin veya ekipmanların yardımı ile ancak yapabilir seviyede aldığı bakım desteğidir (European Commission, 2015:142).

AB ortalamasına göre günlük aktivitelerinde bir tür bakım desteğine ihtiyaç duyan nüfusun yaklaşık yüzde 60'ı evde bakım (yüzde 20), kurumsal bakım (yüzde 10) veya nakit transferlerinden (yüzde 26) birinden faydalanmaktadır. Aynı anda hem nakit transferi hem evde veya kurumda bakımdan istifade edilebildiğinden Finlandiya gibi bazı ülkelerde toplam faydalanan sayısı yüzde 120 dolaylarında olabilmektedir. 28 AB ülkesi içinde en düşük değer yüzde 20 ile Macaristan'a aittir (European Commission, 2015:146).

Yaşlanma süreci ve bağımlılık oranlarının artması ile uzun süreli bakım ihtiyacı arasında yüksek oranda ilişki varsa da her ülke için aynı düzeyde bir ilişki olduğu söylenemez. Güçlü aktif yaşlanma programları, yaşlıların önceki dönemlerindeki yaşam ve sağlık koşulları, koruyucu sağlık hizmetleri, yaşlılara yönelik eğitim ve istihdam olanakları yaşlıların uzun süreli bakıma olan ihtiyaçlarını azaltabilmektedir (European Commission, 2015:145). AB ortak hedefler ve ilerleme planları çerçevesinde üye ülkelerde yaşlılara yönelik politikalar geliştirilmiştir. Örneğin AB ve üye ülkeler arasında özel anlaşmalar ile yasaklanan yaşa dayalı negatif ayrımcılığın iş hayatı dışındaki alanlara da (sağlık, eğitim vb.) taşınmasına çalışılmaktadır. Aktif yaşlanma programları ile emeklilik ya da sağlık sorunları nedeniyle profesyonel olarak çalışamayan bireylerin gönüllü çalışmalar ve eğitim programları ile daha uzun süre aktif ve özerk yaşaması teşvik edilmektedir. Ayrıca sağlık harcamalarında verimliliği artırmak amacıyla internet ve toplumsal iletişimle desteklenen Sağlıklı Yaşlanma Programı ile 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlıklı beslenmesi, egzersizle sağlık durumlarının korunması hedeflenmektedir. İlerleyen yaşlarda yoksulluğu önlemek için kamu emeklilik programları yanında özel ve mesleki emeklilik programları desteklenmekte, toplu taşımadaki düzenlemeler ve ekipman kullanımının teşviki ile yaşlı bireyin hareket kabiliyetini artırmak amaçlanmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin artan yükünü dengelemek amacıyla aile içi (informel) bakımı, evde bakım hizmetlerini ve profesyonel bakıcıların niteliklerini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmakta, sağlıklı yaşam tarzını, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerinde teknolojiyi kullanmaya yönelik araştırmalar ve uygulamalar da teşvik edilmektedir (EPRS, 2014).



Bookman ve Delia (2011) ABD için yaptıkları çalışmada yaşlı bakımı konusunda altı temel aktör tanımlamışlardır; hizmet sunan profesyoneller, STK, işverenler, hükümet, aile ve hizmet alan yaşlıların kendileri. Ancak bu aktörleri finansman ve hizmet sunma açısından koordine edecek ve uyum içinde çalışmalarını sağlayacak bir mekanizmanın olmaması yaşlı bakım hizmetlerinde sinerjinin ortaya çıkmasını engellemektedir.

Yaşlanma sürecinin küresel olarak hızlanması ve sosyal-mali yükünün artması hem yaşlı bakım hizmetlerini geliştirme konusunda çabaları artırma hem de maliyet etkin bir yapı kurma yönündeki arayışları güçlendirmektedir. Hemen hemen bütün ülkelerde yaşlı bakım modelleri evde bakım, kişisel destek ve nakit transferleri ekseninde şekillenmektedir (Simonazzi, 2009). Avrupa'da bakım modellerini kategorik bir şekilde ayırmak pek mümkün değildir (Anttonen ve Sipila, 1996); ancak seçilmiş bazı ülke örnekleri bu çalışmada müstakil olarak sıralanmıştır. Bakım modelleri konusunda izlenecek ve birebir transfer edilecek kalıplardan söz etmek mümkün olmasa bile ülke örnekleri ana yol haritalarında bazı ortaklıklar göstermektedirler. Özellikle kurum ve kuruluşların birbirinden bağımsız ve parçalı hizmet vermesi, denetim maliyetleri, hizmet kalitesindeki yetersizlikler ve sistemin genel olarak verimsizliği gibi sorunların çözümü için sağlık ve sosyal bakımı içine alan bütüncül sistemler öne çıkmaktadır. Bütüncül bakım hizmetleri temel felsefesi itibarıyla aynı olsa da farklı ülkelerde "vaka yönetimi, bütüncül hizmet, kapsayıcı yaklaşım, bakım yönetimi" gibi farklı isimler altında karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu sistemlere örnek olarak ABD'de uygulanan Yaşlılar İçin Her Şey Dâhil Hizmet (All-Inclusive Care for Elderly People – PACE) ve Kanada'da uygulanan Otonomiye Korumaya Yönelik Bütüncül Hizmetler Araştırma Programı (Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy - PRISMA) gösterilebilir (Kodner, 2006). PRISMA örneği üzerine yapılan çalışmalarda bütüncül sistemlerin hem yaşlı memnuniyeti hem de maliyet etkinlik açısından daha başarılı olduğu sonucuna varılmıştır. Sistem tasarımında önce farklı kurumların verdikleri hizmetler birbiriyle ilişkilendirilmiş sonra koordinasyon ve son olarak da hizmetlerin tam olarak bütünleştirilme safhalarından geçilmiştir (Hebert, Durand, Dubuc ve Tourigny, 2003). Örneğin Kanada'da bakım hizmetlerinin bütünleştirilmesi çalışmalarının ilk aşamalarında, kurumlar sadece yaşlıya sundukları hizmetleri ve yaşlının ihtiyaçlarını birbirine rapor ederken nihai aşamada yaşlının sosyal, sağlık ve diğer bütün ihtiyaçlarını tespit eden ortak bir ihtiyaç analiz testi (Fonksiyonel Otonomi Ölçme Sistemi, Systeme de Measure de L'Autonomie Fonctionnelle – SMAF) kullanmakta ve verilecek hizmetleri beraber programlamaktadırlar. Bu enstrüman beş ana alandaki yeterlilikleri ölçmektedir; günlük kişisel aktiviteler, hareketlilik, iletişim, zihinsel fonksiyonlar ve araçsal günlük fonksiyonlar. Her bir başlığın altında farklı sayıda alt yeterlilikler tanımlanmıştır ve her bir alt yeterliliğe beşli ölçekte bir değer verilmektedir; 0-bağımsız, 0,5- güçlkle, 1- gözetime ihtiyacı var, 2- yardıma ihtiyacı var, 3- bağımlı (Hebert ve ark., 2003).

Avrupa'da da ülkelerin tekil çalışmalarının yanı sıra AB Beşinci Çerçeve Programı kapsamında girişimler ortaya çıkmıştır. Yaşlılar için Bütüncül Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri (Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons - PROCARE) bu bağlamda en gelişmiş projedir. Programın birinci aşamasında farklı yaklaşımların yapısal, organizasyonel, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerini ve aktörlerini sürdürülebilir bir sistem içerisinde birleştirmeye

odaklanılmıştır. Program; uluslararası karşılaştırmada ortak sorunlar olarak yeterli bakım elemanı olmamasını, koordinasyon ve işbirliği anlamında yönetimsel sorunları ve artan bakım maliyetlerini sıralamaktadır (Leichsenring, 2004).

Bütünleştirilmiş hizmet anlayışında temel problemlerden birisi sosyal hizmetler ile sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyondur. Sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler organizasyon yapısı, niteliği ve personel yapısı itibarıyla tamamen farklı olduğu için iki hizmetin tek bir çatı altında sunulması pratikte mümkün değildir. İki organizasyon arasında profesyonel kurgulanmış bir koordinasyon mekanizması kilit role sahiptir. Ülke örneklerinde iki hizmet arasında zaman zaman aynı sorunu iki hizmet biriminin de ele almasından kaynaklanan mükerrerlikler, sorumluluğun dağılmasından kaynaklanan ve hizmet verilmeyen sorunlar, sosyal hizmetlerin sağlık perspektifi ile ele alınması veya sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetler sınırı içinde kalması gibi sorunlar sıklıkla dile getirilmektedir. Burada bahsedilen sorunları çözmek için farklı birimlerden komplike hizmetler alan yaşlılar için bir yaşlı danışmanı sistemi işlevseldir. Yaşlının ihtiyacı "ilk durak" veya "tek durak" adı verilen modellerle önce genel bir değerlendirmeye tabi tutulmakta ve sonrasında ilgili birimler tarafından sunulan hizmetler izlenmekte, değerlendirilmekte ve hizmet sunucularına geri bildirimde bulunmaktadır (Leichsenring, 2004:10).

Bunun dışında literatürde öne çıkan akademik çalışmalar genellikle huzurevlerinde veya belirli bir bölgedeki yaşlıların yaşam kaliteleri, beklentileri ve sağlık durumları üzerine çeşitlenmektedir. Huzurevi planlaması, alternatif bakım modelleri gibi konulardaki makaleler hem sayısal olarak sınırlı hem de genellikle tasvir edici niteliktedir. Müstakil akademik çalışmalar sınırlı yaşlı gruplarını incelemekle beraber, ulusal çapta veri toplayan işgücü, yoksulluk ve eğitim araştırmaları da çoğunlukla hedef grup tanımlamaları nedeniyle kurumsal bakım altındaki yaşlıları araştırmalara dâhil etmedikleri için ulusal ölçekte veri sıkıntısı ortaya çıkmaktadır.

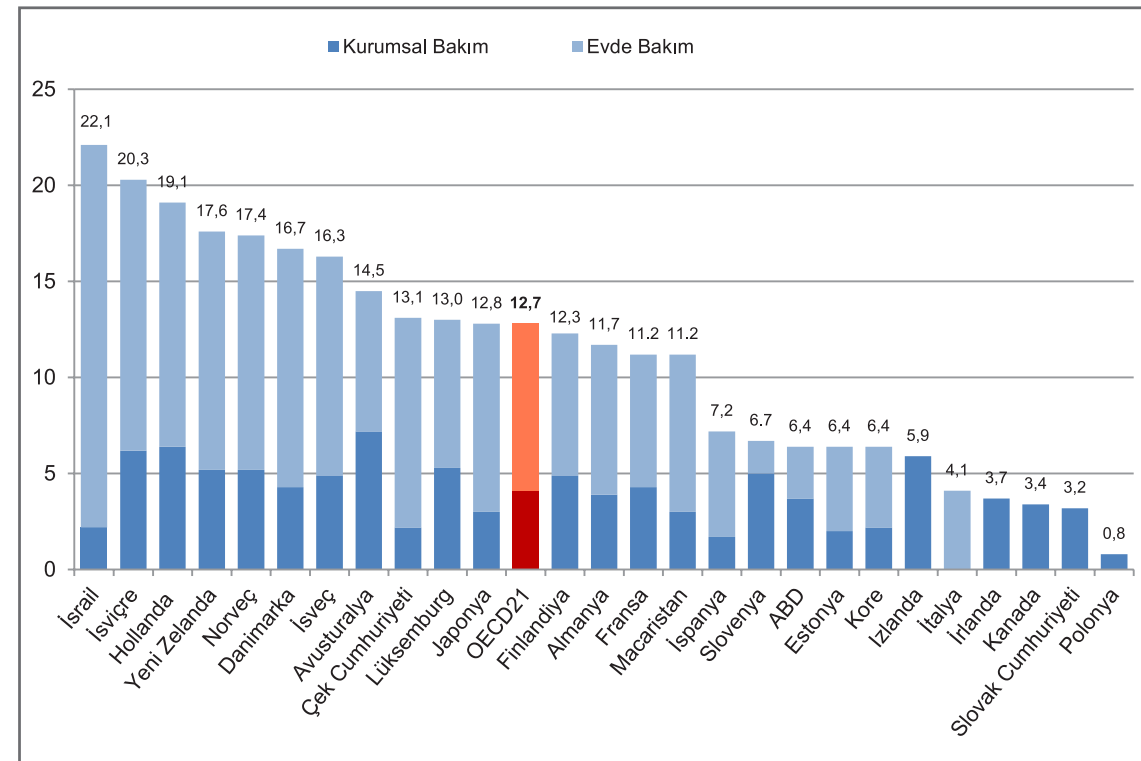
### 3.1. Sayılarla Ülkeler Arası Yaşlı Bakım Hizmet Karşılaştırması

Nüfusun yaşlanması ve bakım hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda bakım hizmetlerine ayrılan kaynak ve yararlanan kişi sayısındaki artış uluslararası bazda karşılaştırılabilir veri ihtiyacını doğurmuştur. Uluslararası karşılaştırılabilir istatistik veriler arasında yaygın olarak kullanılan uzun süreli bakım hizmetleri terminolojisi, ödeme karşılığı alınan tüm bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Her ne kadar uzun süreli bakım hizmetleri genel olarak engelli bireyleri kapsasa da daha çok 65 yaş ve üzeri bireyler bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Evde bakım başlığı altında; uzmanlar, eğitimsiz bakıcılardan alınan hizmetler, yardım ödenekleri, farklı türlerde evde bakım programları, günlük bakım ve yaşlı merkezleri yer alırken kurumsal bakım başlığı altında ise; bakımevleri, huzurevleri, yaşlı rezidansları ve tatil köyleri gibi yatılı bakım hizmetleri yer almaktadır (OECD, 2013a).

Şekil 11'de yer alan 2011 verilerine göre OECD ülkelerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun ortalama yüzde 12'si evde ya da bir kurumda bakım hizmetleri almaktadır, yaş arttıkça uzun süreli bakım hizmetlerini alanların oranı da hızla artmaktadır (80 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 30'u bakım hizmet türlerinden birini almaktadır). OECD 21 ülke içinde 65 yaş ve üzeri yaş grubunun yüzde 4'ü kurumsal bakım hizmeti almaktadır (OECD, 2013a).

Kurumsal bakım Avrupa içerisinde de talep ve/veya hizmet anlamında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin Kuzey Avrupa'da 65 yaş ve üzeri yaş grubunda kurumsal bakım alanlar yüzde 6'ya kadar çıkarken Güney Avrupa'da yüzde 1'e kadar düşebilmektedir. Güney Avrupa ülkeleri rakamsal olarak kurumsal bakım imkânlarını geliştirmeye çalışırken Fransa, "desteklenmiş hayat olanakları" ve "küçük hizmet birimleri"ni teşvik etmektedir. Danimarka ve Hollanda gibi ülkeler ise yeni yatılı bakım hizmeti inşa etmemektedir (Leichsenring, 2004).

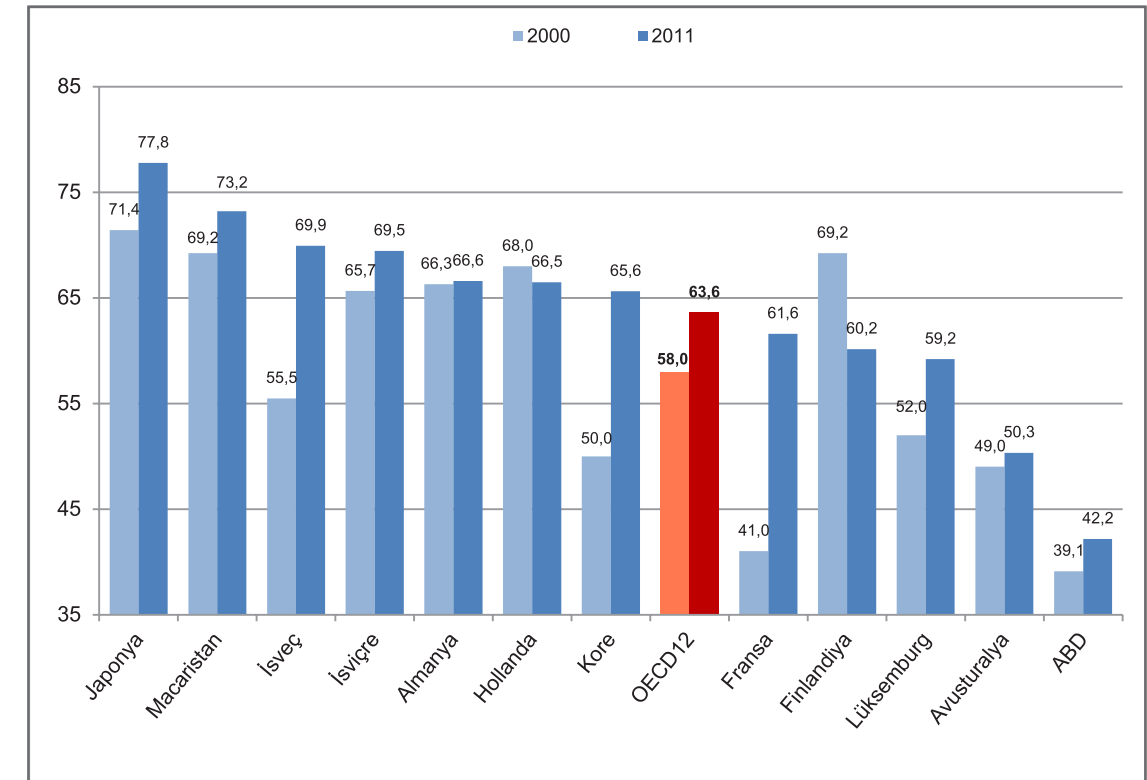
**Şekil 11. 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Uzun Süreli Bakım Hizmeti Alanların Oranı, 2000 - 2011 (veya en yakın yıl) (Yüzde)**



Kaynak: OECD, 2013a

Birçok ülkede hem bireylerin tercihi hem de ekonomik sebeplerden dolayı "evde bakım hizmetleri" ağırlıklı hizmet modeli olma eğilimindedir. Şekil 12'ye göre Japonya ve Macaristan evde bakım modelinin en yaygın olduğu ülkelerdir. Uzun süreli bakım hizmeti alanların yüzde 75'i evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. İsveç, Kore, Fransa ve Lüksemburg evde bakım hizmeti alanların oranının son 10 yıl içinde önemli ölçüde arttığı ülkelerdir. Diğer taraftan yaşlı nüfusun içinde en yaşlı yaş grubu arttıkça kurum bazlı bakım hizmetleri artmaktadır. Örneğin Finlandiya'da evde bakım hizmeti alanların sayısı aynı kalmakla birlikte bir kurumda bakım hizmeti alanların sayısı hızla artmaktadır (OECD, 2013a).

**Şekil 12. 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Evde Bakım Alanların Oranı, 2000 - 2011 (veya en yakın yıl) (Yüzde)**

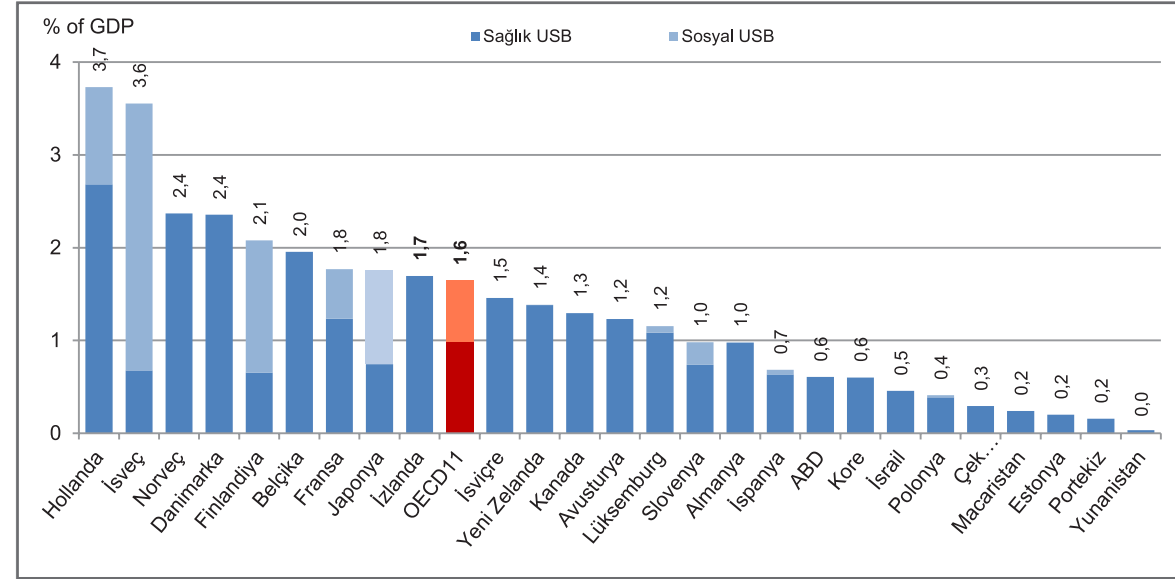


Kaynak: OECD, 2013a.

Uzun süreli bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Şekil 13'te sunulan 2011 yılı verilerine göre OECD ülkeleri uzun süreli bakım hizmetlerine Gayrisafi Yurtiçi Hasıla'nın ortalama yüzde 1,6'sını harcamıştır<sup>2</sup>. Uzun süreli bakım hizmetlerine en çok kaynak ayıran Hollanda ve İsveç, OECD ortalamasının yaklaşık iki katı harcama yapmıştır (Hollanda yüzde 3,7, İsveç yüzde 3,6). Diğer taraftan Yunanistan, Portekiz, Estonya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Polonya GSYH'nin yüzde 0,5'inden daha azını uzun süreli bakım hizmetlerine ayırmıştır (OECD, 2013a). Bu durum hem nüfus yapılarından hem de bakım hizmetlerinin aile veya yakın çevresi tarafından üstlenmesi ile ilgilidir. Ancak devletin evde veya kurumda bakım hizmetleri yetersiz olduğu için mi yaşlı birey yakın çevresi tarafından bakılmaktadır; yoksa zaten aile ve yakın çevre bakım yükünü taşıdığı için mi devlet bu alana fazla kaynak aktarmamaktadır sorusunun cevabı tartışmalıdır.

<sup>2</sup> Uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları hem sağlık hem de sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Uzun süreli bakım hizmetlerinde sağlık harcamaları hasta bakımı, günlük aktivitelerde kişisel bakım destek hizmetini ve ev ya da kurumlardaki palyatif bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Sosyal hizmetler başlığı altında ise günlük hayata yardımcı aktiviteler dâhil edilmiştir.

**Şekil 13. GSYH İçinde Sağlık ve Sosyal Hizmet Kaynaklı Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine Ayrılan Kamu Harcamaları, 2011 (veya en yakın yıl) (Yüzde)**



Kaynak: OECD, 2013a.

Geleceğe dönük projeksiyonlarda 2060'a kadar uzun süreli bakım hizmet harcamalarının iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir.

### 3.2. Seçilmiş Avrupa Birliği Ülkelerinde Yaşlılara Yönelik Hizmetlerin İncelenmesi

Bu bölümde AB'ye üye farklı ülkelerdeki yaşlı bakım hizmetleri incelenmiştir. İncelemek için Kraus ve arkadaşlarının Avrupa ülkelerinde uzun süreli bakım hizmetlerini değerlendirmek için geliştirdiği gruplama dikkate alınmıştır. Ülkeler uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanı, kurumsal bakım ya da aile içi (informel) bakımın ağırlığı ve nakit yardımların payına göre dört grupta toplanmaktadır (Kraus, Riedel, Mot, Röhring ve Cypionka, 2010).

**Tablo 13. AB Ülkelerinde Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Yapısı**

Sistem Yapısı	Ülkeler	Karakteristikleri
Bireysel finansmanın düşük olduğu, aile içi (informel) bakıma doğru yönelen sistem	Belçika, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Slovakya	Uzun süreli bakım hizmetlerinde düşük kamu harcaması, düşük bireysel katkı, ağırlıklı kurumsal bakım hizmetleri, belirli düzeyde nakit yardım
Geniş kapsamlı, erişimi kolay, sistematik bakım sistemi	Danimarka, Hollanda, İsveç	Uzun süreli bakım hizmetlerinde yüksek kamu harcaması, düşük bireysel katkı, ağırlıklı kurumsal bakım hizmetleri, belli düzeyde nakit yardım
Bireysel finansmanın yüksek olduğu, aile içi (informel) bakıma doğru yönelen sistem	Avusturya, İngiltere, Finlandiya, Fransa, İspanya	Uzun süreli bakım hizmetlerinde ortalama kamu harcaması, yüksek bireysel katkı, ağırlıklı kurumsal bakım hizmetleri ve nakit yardım
Bireysel finansmanın yüksek, aile içi (informel) bakımın ön planda olduğu sistem	Macaristan, İtalya	Uzun süreli bakım hizmetlerinde düşük kamu harcaması, yüksek bireysel katkı, ağırlıklı kurumsal bakım hizmetleri, belli düzeyde nakit yardım

Kaynak: Kraus vd, 2010:39

İncelemek için birinci gruptan Almanya; ikinci gruptan Hollanda ve İsveç; üçüncü gruptan İngiltere, Fransa, İspanya; dördüncü gruptan ise İtalya yaşlı bakım hizmetleri seçilmiştir. İspanya ve İtalya ayrıca geleneksel aile yapısı ve yaşlı bakımında ev içi bakımın ağırlığı açısından Türkiye'ye benzer yapıda olmaları nedeniyle de incelemeye dâhil edilmiştir.

İncelenen ülkelerin hemen hepsinde aile içi (informel) bakıma doğru bir yöneliş bulunmaktadır. İncelenen ülkelerdeki bakım hizmetlerinde dört ana konu ön plana çıkmaktadır:

#### Evde Bakım:

Yaşlı bakım hizmetlerinde bireyin mümkün olduğu kadar evinde kendi başına yeter şekilde yaşamasına destek olmak amacıyla "evde bakım hizmetleri"ne doğru bir yönelim söz konusudur. Bu durum hem kamu maliyetlerini kontrol etmekten hem de bireylerden gelen taleplerden kaynaklanmaktadır. Evde bakım hizmetleri doğrudan bireyin günlük kişisel aktivitelerine (yemek yeme, kişisel temizlik, oturup-kalkma vb.) ve araçsal günlük aktivitelere (yemek hazırlığı, ev temizliği, alışveriş vb.) yönelik olmak üzere iki ana grupta verilmektedir. Öte yandan kurumsal bakım hizmet ve yatırımlarının devam ettiği; ancak evde bakımın yetersiz kaldığı sağlık problemleri artmış, bağımlılık düzeyi artmış, demans, Alzheimer hastaları ya da ileri yaş gruplarına doğru evrildiği söylenebilir.

#### Finansman:

Bakım hizmetlerinin finansmanı önemli kaynak problemi oluşturmaktadır. İncelenen tüm ülkelerde bakım hizmetleri masrafları farklı düzeylerde kamu kaynakları (vergiler) tarafından karşılanmakta bireyin de geliri oranında masraflara katkıda bulunması beklenmektedir. Bazı ülkelerde vergiler yanında zorunlu sigorta sistemleri üzerinden kaynak oluşturma yoluna gidilmiştir. Birey ve/veya kamunun bakım masraflarının ne kadarını üstleneceği gelir testleri üzerinden belirlenmektedir. Gelir testinde bazı ülkeler maaş gibi bireyin doğrudan nakit gelirlerini dikkate alırken bazı ülkelerde yaşlının sahip olduğu gayrimenkuller de, bireyin vefatından sonra kullanılmak üzere hesaplama katılmaktadır. Kamu katkısı; "bakım hizmetinin doğrudan sağlanması", "özel ya da kâr amacı gütmeyen bir kurumdan hizmetin satın alınarak bireye sunulması" ve/veya "doğrudan bireye nakit olarak verilmesi" olarak üç şekilde verilmektedir. Doğrudan nakit yardım; "bireyin gelir düzeyini koruma", "bakımı üstlenen aileye destek" ya da "bireyin bakım hizmetini doğrudan aile içi (informel) bakıcılar veya bakım profesyonelleri üzerinden kendisinin satın alması amacıyla verilmektedir.

#### Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesi:

Bireye verilecek bakım hizmetlerinin tür ve düzeyini belirlemek amacıyla yaşlının günlük aktivitelerini ne düzeyde yapabildiğini ölçen "ihtiyaç analiz testleri" uygulanmaktadır. Ancak ne ülkeler arasında ne de birkaç ülke dışında bireyin ihtiyaç duyduğu yardım düzeyini belirlemeye yönelik standart bir değerlendirme testine rastlanmamıştır. Öte yandan bazı ülkelerde testler bağımsız test kurumları tarafından yapılırken çoğunlukla yardımı sağlamaktan sorumlu birimler testleri uygulamaktadır.

#### Bakım Hizmetleri Organizasyonu:

Yerel Yönetimler: Tüm ülkelerde bakım hizmetlerini merkezi yapı yerine yerel yönetimler üzerinden sağlayacak düzenlemelerin yapılması dikkat çekicidir. Bu yapıda yerel yönetimlerin ihtiyaç sahiplerine doğrudan ulaşarak kaynakları talep edilen hizmetlere göre özgürce



dağıtmasının ihtiyaçları daha etkin karşılayacağı düşünülmektedir. Merkezi sistem daha çok finansal kaynakların, hizmet standartlarının, genel politikaların belirlenmesi ve denetimi konusunda rol almaktadır.

**Bakım Hizmet Örgütlenmesi:** Farklı uygulamalar olmakla birlikte bakım hizmetlerinde iyi örnekler olarak gösterilen ülkelerde mahalle bazında "uzman bakıcı/hizmet birim örgütlenmesi" göze çarpmaktadır. Bazı ülkelerde aile doktorlarının, mahalle hemşireleri/bakıcılarının ya da mahalle sağlık ocaklarının bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyleri tespit etme ve ihtiyaç duyulan bakım düzeyinin belirlenerek sistemi harekete geçirme ya da doğrudan hizmet verme şeklinde görevleri bulunmaktadır.

### 3.2.1. Almanya Yaşlı Bakım Hizmetleri

81,8 milyon nüfusa sahip Almanya'da nüfusun yüzde 21'i 65 yaş ve üzerinde olup ortalama beklenen yaş 80,8'dir. Sağlık harcamaları ülke gelirin yüzde 11,3'ünü oluştururken kamunun uzun süreli bakım hizmetleri harcamaları yüzde 1 seviyesindedir. Sağlık harcamaları Yasal Sağlık Sigortası tarafından karşılanırken sosyal hizmet harcamaları 1995'te yürürlüğe giren Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanmaya başlamıştır. Çalışan her bireyin Yasal Sağlık Sigortası ile birlikte Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortasına dâhil olması bir zorunluluktur ve katkı payları ücret kesintileri ile otomatik olarak yapılmaktadır. Çocuğu olmayan bireyler Uzun Süreli Bakım Sigortasına daha yüksek katkıda bulunmaktadır. Belli bir gelirin üzerindeki bireyler devlet sigortası yerine özel sigortaları da seçebilmektedir (Robertson, Gregory ve Jabbal, 2014).

Almanya'nın uzun süreli bakım hizmetleri; bakım hizmetleri öncesi rehabilitasyon ve tedavi, bakımın gerekli olması durumunda ise kurumsal bakım yerine ev içi bakım ve kısa dönemli kurumsal bakım hizmetlerine odaklanmak, son olarak da başka seçenek olmadığı durumda kurumsal bakım hizmetlerini sunmak şeklinde özetlenebilir.

Uzun Süreli Bakım Sigortası kapsamında yaşlı ve çalışamayacak durumdaki engelli kişilere öncelikle evde yardım hizmetleri sunulmaktadır. En az iki yıl Uzun Süreli Bakım Sigortasına ödeme yapmış tüm bireyler sigorta kapsamındaki hizmetlerden yararlanabilmektedir. Bakım hizmetleri, bireyin ne sıklık ve düzeyde bireysel ya da günlük yaşam ile ilgili yardıma ihtiyacı olduğuna ve yakınlarından aldığı destek miktarına göre belirlenmektedir. Günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan bireyler ihtiyaç analiz testine göre dört farklı bakım sınıfından birine dâhil edilmektedir (Schulz, 2010).

- Grup 1: Kişisel temizlik, yemek yeme, hareket etme gibi aktivitelerde günde bir kez, ev içi destek konularında ise haftada birkaç kez, en az bir buçuk saatlik yardıma ihtiyaç duyan bireyler.
- Grup 2: Kişisel bakım, yemek yeme gibi konularda günde üç kez, ev içi destek konularında ise haftada birkaç kez, günde en az üç saat yardıma ihtiyaç duyan bireyler.

- Grup 3: Gün boyu kişisel bakım, haftada birkaç kez, günde beş saat ev içi destek yardımına ihtiyaç duyan bireyler.

- İleri düzeyde bakım: İki saati gece olmak üzere günde en az yedi saat bakıma ve haftada birkaç kez günde beş saat ev içi destek yardımına ihtiyaç duyan bireyler.

**Nakit yardımlar** doğrudan yaşlıya ya da bakım hizmetlerini üstlenen profesyonel bir ajansa yapılabildiği gibi bireyin evde daha rahat yaşayabilmesi için gerekli fiziksel düzenlemelerin yapılması amacıyla da verilebilmektedir (German Social Insurance, 2016).

Yaşlı bakımını ailenin üstlenmesi ve haftalık minimum bakım süresini doldurmaları durumunda doğrudan nakit yardım tutarı aileye verilebilmektedir. Evde profesyonel ya da aile içi bakım hizmeti alan bireyler, standart hizmet aldıklarını kontrol etmek için yılda iki kez değerlendirmeye tabi tutulmaktadırlar. Ayrıca aile içinde yaşlının bakımını üstlenen, haftada 30 saatten az ya da hiç çalışmayan yakınların sigortası Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından ödenmektedir. Yaşlı bakımını üstlenen yakının tatile gittiği durumlarda ise yılda dört hafta kısa dönemli kurum bakımı hizmeti yine Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanmaktadır (Schulz, 2010).

Evde bakımın mümkün olmadığı durumlarda ise yaşlılara yarı ya da tam konaklamalı kurumlarda bakım hizmeti verilmektedir. Kurumsal bakım hizmeti alan bireylere de dâhil oldukları bakım grubuna göre farklılaşan önceden belirlenmiş tutarlarda nakit yardım verilmektedir; ancak bu yardım sadece konaklama giderlerini karşılamakta olup yeme içme giderleri ve tesise ulaşım hasta tarafından karşılanmaktadır (Schulz, 2010).

**Nakit dışı yardımlar** kapsamında ise yaşlı bakımını üstlenen yakınlarla ya da gönüllülere yönelik ücretsiz bakıcılık eğitimleri, gündüz ve gece bakımının sağlanması, bakım malzeme ve ekipmanların tedariki konuları bulunmaktadır (German Social Insurance, 2016).

### 3.2.2. Hollanda Yaşlı Bakım Hizmetleri

Hollanda 16,7 milyon nüfusu ile hızla yaşlanan ülkeler arasında olup ortalama yaş beklentisi 81'dir. Uzun süreli bakım harcamalarına ayırdığı yüzde 3,7 ile OECD ülkeleri içinde sağlık ve uzun süreli bakım hizmetlerine en çok pay ayıran ülkedir (Robertson, 2014).

Hollanda'da yaşlı bakımı öncelikle devletin sorumluluğuna verilmiştir. Yaşlılara yönelik iki sistemli bakım hizmeti bulunmaktadır; yerel yönetimlerin verdiği sosyal destek hizmetleri (WMO) ve sürekli bakım hizmetlerinin sağlandığı Uzun Süreli Bakım Sigortası (AWBZ) (Dutch Ministry of Health, Welfare and Support, 2016).

Hollanda da yaşayan herkes Uzun Süreli Bakım Sigortası (AWBZ) kapsamında olup prensipte gerekli değerlendirmelerden geçen herkes bakım hizmeti alabilmektedir; ancak pratikte uzun süreli bakım hizmetleri daha çok bireysel finansmanla karşılanması güç, ileri derecede bakıma muhtaç vakaları kapsamaktadır (Mot, Groot ve Mannaerts, 2010).

### Sosyal Destek Hizmetleri (WMO)

Yaşlı bakım sistemi bireyin mümkün olduğu ölçüde evde kendi ortamında yaşamaya devam etmesini sağlamak üzere kurulmuştur. Yaşlı bireylerin mümkün olduğu ölçüde bağımsız ve sosyal hayata katılarak yaşamlarını devam ettirmesi belediyelerin sorumluluğu altındadır. 2015 Sosyal Destekleme Kanunu çerçevesinde (WMO) yakın çevre ya da gönüllü kuruluşlardan yardım alamayan hasta, yaşlı ve engelli vatandaşlara evde bakım ve destek hizmetlerini vermek belediyelerin sorumluluğuna verilmiştir (Government of the Netherlands, 2016). Belediyeler destek hizmetlerini merkezi hükümetin sağladığı Belediye Fon Sistemi üzerinden finanse etmekte ve harcamalarını ihtiyaca göre bağımsız şekilde dağıtabilmektedir. Belediyeler yaşlılara yönelik iki tip hizmet vermektedir. *Genel Destek Hizmetleri* altında bireyin toplumla bağını sürdürmeye yardımcı olacak; örneğin mahalle ev/lokalinde günlük toplantılar, 75 yaş ve üzeri gruba ücretsiz, indirimli ya da özel ulaşım servisi, eve yemek hizmetleri bulunmaktadır. *Kişisel Destek Hizmetleri* ise bireyin ihtiyacına göre değişen ev temizlik ve düzenlemesinden, kişiye özel bakım hizmetlerine (kişisel temizlik, tuvalet kullanımı, ilaç verilmesi vs.) kadar değişen hizmetleri kapsamaktadır (Dutch Ministry of Health, Welfare and Support, 2016).

Bireyin yardım talep başvurusu sonrasında belediye yaşlının hayatının ne kadarını bağımsız sürdürebildiğini ve yakın çevresinden ne kadar destek aldığını ölçen bir değerlendirme yapmaktadır. Değerlendirme ile bireyin ihtiyaçlarının Genel Destek Hizmetleri mi yoksa Kişisel Destek Hizmetleri ile mi karşılanacağına karar verilmektedir. Kişisel Destek Hizmetleri alımına karar verilmesi durumunda bireyin hangi hizmetlerden yararlanabileceği, kaç saate kadar bakım hizmeti alabileceği ve destek süresinin belirtildiği bir değerlendirme raporu hazırlanmaktadır. Birey bakım hizmetlerini belediyeden ve anlaşmalı kurumlardan alabileceği gibi, sağlanan ödenekle kendisi de sağlık bakım hizmeti alabilmektedir (Dutch Ministry of Health, Welfare and Support, 2016).

### Uzun Süreli Bakım Sistemi (AWBZ)

2015 Uzun Süreli Bakım Kanunu başta zihinsel ya da fiziksel aktivitelerini önemli ölçüde kaybetmiş yaşlılar olmak üzere sürekli bakıma muhtaç bireylere yönelik uzun veya kısa dönemli, 24 saati kapsayan bakımı kapsamaktadır. Uzun Süreli Bakım Sistemi zorunlu sağlık sigortasının bir parçası olup gelir vergisi üzerinden herkes sisteme otomatik olarak katılmaktadır. Alınan hizmete ve hizmet alanın emekli maaşına göre bireyler hizmet bedeli ödemektedir. Sistem genel sağlık organizasyonunun uzantısı şeklinde, merkezi yönetim tarafından yönetilmektedir. Uzun Süreli Bakım Sistemine başvuran birey bağımsız bir değerlendirme kurumu tarafından Bakım Değerlendirme Kurumunun hazırladığı standart, detaylı bir değerlendirme testine tabi tutulur. Değerlendirme kapsamında ev ziyareti yapılır ve aile doktorundan bilgi edinilir. Test sonucuna göre birey evde bakım veya kurumsal bakım şeklinde bakım hizmeti alabilir (Dutch Ministry of Health, Welfare and Support, 2016).

Değerlendirmeler bireyin bakım ihtiyacına göre 0-10 arasında bakım skalasında sınıflandırılır. Evde bakım hizmetleri kapsamında; kişiye özel bakım ihtiyacının karşılanması (banyo, kıyafet değişimi, tıraş, ilaç alımı, tuvalet yardımı), tıbbi bakım hizmetleri (tıbbi bakım, pansuman, enjeksiyon yapımının öğretilmesi), danışmanlık hizmetleri (günlük hayatı düzenleme konusunda yardım) bulunmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ise huzurevleri ya da bakımevlerinde haftada

en fazla altı günlük kısa süreli ya da sürekli konaklamayı ve tedavi hizmetlerini kapsamaktadır (Dallı, 2012).

**Nakit yardımlar** doğrudan bakım için değil başvuran bireyin bütçesine destek için verilmektedir. Yardım için başvuruda bulunan birey bakım hizmeti almak yerine, toplam bakım hizmetinden yüzde 25 daha düşük tutardaki nakit yardımı almayı tercih edebilir. Birey aldığı yardımı, bakım için harcamak şartıyla bağımsız bir bakım kurumuna, profesyonel bakıcıya ya da ailesinde bakımına yardımcı olan kişiye verebilir. Her iki sistemde de bakım hizmeti alan bireylerin üst sınırı belirlenmiş belli bir rakama kadar bakım masraflarına katkıda bulunmaları beklenmektedir. Düşük gelirli bireyleri korumak için bireysel katkı düzeyinde belirlenen üst sınır yanında ödenecek toplam tutarın bireyin gelirinin belli bir kısmını aşmaması için düzenlemeler mevcuttur (Mot vd, 2010).

### Mahalle Hasta Bakıcı Sistemi

Yaşlı bireylerin ev ortamında daha uzun süre bakımlarını sağlamak amacıyla 2015 yılı itibarıyla Mahalle Hasta Bakıcı Sistemi uygulaması devreye girmiştir. Daha önce bireylere tıbbi veya ev bakım ihtiyaçları için farklı hasta bakıcı-hemşireler görevlendirilirken, bu sistemde hasta bakıcılar ana kontak kişi konumunda, belediye ve merkezi sağlık kurumları ile bağlantı kurarak hem tıbbi hem de ev içi bakım hizmetlerini birlikte vermektedir (Dutch Ministry of Health, Welfare and Support, 2016).

Sistem, evde bakım hizmeti veren kurumlardan Buurtzorg'un bakım modelinden uyarlanmıştır. Bakım hizmet sağlayıcı değerlendirmelerinde hizmet alan yaşlıların, yakınlarının ve çalışanların memnuniyet düzeyinin yüksek olması, Buurtzorg'un modeline hem ulusal hem de uluslararası düzeyde dikkat çekmiştir. Sistemde özel olarak eğitilmiş hasta bakıcılar; yaşlılar, yakınları, bakım sağlayan kurumlar ve belediyeler ile takım olarak çalışarak belli bir mahallede 50-60 hasta/yaşlıya destek vermektedir. Buurtzorg hasta bakıcılarının doğrudan yaşlıya kişisel ve tıbbi bakım hizmeti sağlamak yanında, doktor kontrol ve randevularını organize etmek, bakım hizmetinin devamı için gerekli evrak hazırlıklarını ve ödemelerini yapmak gibi görevleri de bulunmaktadır (Gray, Sarnak ve Burgers, 2015).

### 3.2.3. İsveç Yaşlı Bakım Hizmetleri

9,8 milyon nüfuslu İsveç, dünyadaki en yaşlı nüfusa sahip ülkelerden biridir. Nüfusun yüzde 20'si 65 yaş ve üzeridir. 2040'a kadar her dört kişiden birinin 65 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir. Dünyada en yüksek ortalama yaş beklentisine sahip ülkelerden biri olan İsveç'te doğuştan beklenen ortalama yaş kadınlarda 83,7, erkeklerde ise 79,9'dur (Sweden Sverige, 2016).

İsveç sosyal refah harcamalarının oldukça yüksek olduğu ve bu konudaki karar yetkilerinin merkezi yönetim yerine belediye ve bölgesel yönetimlere delege edildiği bir sisteme sahiptir. Yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, belediye vergileri ve devlet ödenekleri ile finanse edilmektedir. Uzun süreli bakım hizmetlerine ayrılan yüzde 3,6 ile Hollanda'nın ardından OECD ülkeleri arasında uzun süreli bakım hizmetlerine en yüksek pay ayıran ülkedir (Robertson vd, 2014). Yaşlı bakım hizmetleri kapsamında belediyeler önemli görevler üstlenmektedir, bu kapsamda



belediyeler yaşlılara eşit vatandaşlık haklarında, aktif, sosyal hayata katılımlarını devam ettirecek, ilerleyen yaşlarında ise güvenlik ve kendi başına ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri, gerektiğinde kaliteli bakım hizmetlerine ulaşabilecekleri hizmetleri sunmakla görevlendirilmiştir. Belediyeler yaşlı bakım hizmetlerini daha çok özel sektör üzerinden sağlamaktadır. Yaşlılar evlerinde ya da kamu veya özel sektörün işlettiği özel bir merkezde hizmet almayı seçebilmektedir. Sistemde belediyenin kaynak yaratma, yaşlıların evde ya da özel bir merkezde bakımı için yer tahsis etme gibi genel sorumlulukları bulunmaktadır. 1995-2005 yılları arasında sosyal hizmetler alanında özel sektörün payı oldukça artmıştır. Medyada zaman zaman özel sektörün kâr elde etme amacının bakım hizmetlerinin standardını düşürdüğü yönünde eleştiriler yer almaktadır (Sweden Sverige, 2016).

Günlük aktivitelerini yerine getiremeyen her birey belediyeye başvurarak ihtiyaç belirleme analizi sonrasında evde destek hizmetleri alabilmektedir. Çoğu ülkeden farklı olarak İsveç'te, standart ihtiyaç analiz testi uygulanmamaktadır. Her belediye verilen hizmet türüne ve hizmet alanın gelir durumuna göre farklı ücret seviyelerinde destek hizmetleri vermektedir. Bireyler aldıkları hizmetlere göre üst sınırı belirlenmiş düzeylerde aylık katılım payı ödemektedir (Sweden Sverige, 2016).

Yaşlı bakımı üç ana başlıkta toplanmaktadır:

**Günlük Bakım Evleri:** Özellikle demanslı ya da zihinsel sağlığı tam yerinde olmayan yaşlılara yönelik günü birlik rehabilitasyon ve zihinsel aktivite (müzik, okuma, resim, kültürel aktiviteler vs.) hizmetleri verilmektedir.

**Evde Destek Hizmetleri:** Günlük destek hizmetleri kapsamında alışveriş, banka ve posta işlemleri, temizlik, çamaşır, ütü, perde asma, ampul değiştirme, yemek hazırlığına yardım veya yemek servisi gibi günlük ev içi-dışı ihtiyaçlar karşılanmaktadır. Kişisel bakım hizmetleri kapsamında ise bireyin yemek yeme, giyinme, yataktan kalkma, kişisel temizlik, yaşlının sosyal açıdan izole olmasını önleme amaçlı yarı zamanlı eşlik ve destek hizmeti verilmektedir. Bireyin kendisi, bakımı ile ilgilenen bir yakını ya da çevresinden bir yaşlı adına bu tür hizmetler için başvuruda bulunabilmektedir.

**Huzurevleri, Yaşlı Evleri, Bakımevleri:** Evde destek hizmetlerinin yetersiz kaldığı daha yoğun bakıma muhtaç yaşlılara yönelik geçici ya da kalıcı bakım hizmetleri verilmektedir (Ohlsson, 2006). Bir yaşlı, bakım ihtiyacı nedeniyle özel bir bakımevine yerleştiğinde eşi de onunla birlikte bakımevine yerleşebilmektedir.

Huzurevleri yanında belediyelerin inşa ettiği ya da var olan evleri düzenlediği "Emekli/yaşlı evleri" ileri yaştaki hasta ve engelli yaşlılara günlük yaşamlarını daha rahat geçirmeleri için imkân tanımaktadır. Bu evler; asansörlü, tekerlekli sandalye ya da yürüme aparatı kullanmaya müsait banyo ve yaşam alanlarından oluşmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre 55 yaş ve üzeri bireylerin büyük kısmı ilerleyen yaşlarda bu tür evlerde yaşamak istediklerini belirtmektedir (Sweden Sverige, 2016). Aynı zamanda huzurevi ya da özel bakımevlerinin yüksek maliyetleri, belediyelerin bu tür özel tasarlanmış evlere yönelimini artırmaktadır (The Swedish Agency for Participation, 2016).

Henüz sınırlı kullanımda bulunmakla birlikte Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin (ICT) de yaşlı bakımında kullanılması teşvik edilmektedir. Teknolojik Asistan Hizmetleri kapsamında düşmeye karşı alarm sistemleri, TV ya da radyo aracılığıyla ilaç alım saatleri ya da günlük programların hatırlatılması, kamera ile gözlem vb. hizmetleri sunulmaktadır. Amaç kişiye günlük aktivitelerini yaparken destek sağlayarak daha uzun süre kendi evinde yaşayabilecek yaşam kalitesini sunmak ve aynı zamanda genel sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmaktır (Iliev ve Dotsinsky, 2011). Bilgi ve İletişim Teknolojileri sistemlerini kullanan belediyeler, günlük aktiviteleri hatırlatmak için yapılan yüz yüze ziyaretlerin sayısını azalttığı ve acil ihtiyaç durumunda daha fazla sayıda kişiye ulaşabilecek zaman ve insan kaynağı yarattığı için sistemi olumlu değerlendirmektedir (The Swedish Agency for Participation, 2016).

Belediyelerin yaşlılara yönelik bir başka hizmeti de fiziksel koşulları nedeniyle toplu taşıma ile seyahat edemeyen yaşlı ve engelli bireylere yönelik taksi veya özel olarak düzenlenmiş araçlarla ulaşım hizmeti sunmaktır (Sweden Sverige, 2016).

Belediyelerin doğrudan yaşlı bakımına yönelik hizmetleri yanında merkezi yapı, artan yaşlı nüfusun sosyal güvenlik ve refah seviyesine etkisini kontrol etmek için yaşlı bakım personeli eğitimlerinden emeklilik yaşının yükseltilmesine ve yaşlı bireyin sağlık durumunu korumaya yönelik bir dizi çalışma yapmaktadır.

Yaşlı bakım hizmetlerinde geçmişe göre daha gelişkin ve karmaşık hizmetlerin verilmesi ve bakım hizmetlerinin evlere doğru kayması, yaşlılar ve ailelerle çalışacak çoklu uzmanlığı olan, uzman bakım ekiplerine ihtiyacı artırmıştır. Bu nedenle son yıllarda önemli miktarda kaynağın (100 milyon Euro) yaşlı bakım çalışan eğitimine ayrıldığı belirtilmektedir (Sweden Sverige, 2016). Ayrıca yaşlı bireyin sağlık durumunu uzun süre korumaya yönelik tıbbi tedavi ile birleştirilmiş fiziksel aktivite ve egzersiz programları, ev içi kaza ve yaralanmaları önlemeye yönelik ev düzenlemesine yardımcı hizmetler ve zihinsel aktiviteyi canlandırıcı etkinlikler, önleyici sağlık hizmetleri kapsamında uygulanmaya çalışılmaktadır.

### 3.2.4. İngiltere Yaşlı Bakım Hizmetleri

İngiltere'de nüfusun yüzde 16'sı 65 yaş ve üzeridir, 2050 yılında ise her dört kişiden birinin 65 yaş ve üzeri yaş olması beklenmektedir (OECD, 2013a).

İngiltere'de sosyal yardım hizmetleri genel olarak seçilmiş yerel yönetimlerin (belediyelerin) sorumluluğundadır. Son 10 yılda belediyelerin sosyal yardım hizmetlerini kendilerinin sağlaması yerine başka kuruluşlar aracılığıyla bu hizmetleri verme eğilimi artmıştır. Sosyal yardım hizmetleri çoğunlukla merkezi yönetim ve sınırlı düzeyde de belediye vergilerinden finanse edilmektedir. Sosyal yardım hizmetleri öncelikle bireyler tarafından karşılanmakta, belediyeler ise gelir testine bağlı olarak farklı düzeylerde yardım hizmetlerini üstlenmektedir (Henderson ve Knapp, 2003).

2015 Nisan'da yürürlüğe giren Bakım Yasası (The Care Act) ile sosyal bakım hizmetlerinde bir dizi yenilik devreye girmiştir. Buna göre belediyeler gelir düzeyine bakmaksızın başvuran herkesin bakım ihtiyacını belirlemek için standart ihtiyaç analiz testi uygulamak ve bakım hizmet

programı ve bütçesi çıkarmak zorundadır. Gelir testine göre birey bakım masraflarını kendisi karşılamak durumunda bile olsa belediyeden bu hizmetleri almak için gerekli düzenlemeleri yapmasını isteyebilir (AgeUK, 2016).

Bakım Yasasının Nisan 2020'de devreye girecek bölümünde ise bireysel olarak karşılanan bakım masraflarının belli bir sınıra ulaştığı durumda (£72.000) belediyenin ek masrafları üstlenmesi yönünde bir madde bulunmaktadır. Ayrıca bireysel alınan bakım hizmetlerinde de toplam tutar ve alınan bakım hizmetlerinin kontrolü belediyelere verilmiştir (AgeUK, 2016).

Bireyin yardıma ihtiyacı olup olmadığı ve ihtiyaç düzeyi belediye doktoru tarafından yapılan ihtiyaç analizi testi ile tespit edilmektedir. Bireyin kendisi ya da yakınları başvurabileceği gibi aile doktoru, sosyal hizmet uzmanları da birey adına ihtiyaç analiz testi talebinde bulunabilir. Değerlendirmede yeme-içme kabiliyeti, kişisel temizlik, tuvalet ihtiyacını giderebilme, giyinme, ev içi aktiviteleri güvenli bir şekilde yerine getirebilme, sağlıklı bir ev ortamı, aile ve diğer kişiler ile sağlıklı ilişki kurabilme, çalışma, eğitim ya da gönüllü faaliyetlere katılabilme kapasitesi kriterleri göz önüne alınmaktadır. Bireyin ihtiyaçlarına göre evde destek hizmetlerinden, kurum bazlı sürekli bakıma kadar farklı yardım/bakım çözümleri sunulmaktadır (Which, 2016).

İngiltere'de huzurevi ve bakımevi ücretleri diğer AB ülkelerine göre yüksek olup huzurevinde kalan yaşlıların yaklaşık yüzde 44'ü bakım maliyetlerini kendileri karşılamaktadır. Bazı durumlarda bakımevi ve huzurevi ücretlerini belediye ya da sağlık sigorta sistemi üstlenmektedir (Which, 2016). Bireysel katkı düzeyini belirlemek için yaşlı birey sahip olduğu mülklerin de dâhil edildiği şekilde gelir testine tabi tutulur. Çıkan sonuca göre belediyenin huzurevi ücretinin ne kadarını ödeyeceği belirlenir. Eğer bireyin seçtiği huzurevi ücreti belediyenin ödeyeceği sınırın üstünde ise aradaki farkın yakınları tarafından ödenmesi beklenmektedir (Which, 2016). Kaza ya da uzun süreli bir hastalık nedeniyle hastane dışında tıbbi bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin huzurevi ücretlerini genel sağlık sistemi ödeyebilir; ancak bu uygulama çok nadirdir (Which, 2016).

#### Nakit yardımlar:

65 yaş ve üzerinde olup hastalık ya da yaşlılık nedeniyle kişisel bakıma (temizlik, giyinme, yemek) ihtiyacı olan herkese gelir testine tabi tutulmadan standart bir düzeyde ödeme yapılmaktadır (Which, 2016). Ayrıca 65 yaş ve üzerinde minimum geçim standartlarının altında kalan bireyler için emeklilik yardımı başlığı altında ekstra ödeme yapılmaktadır.

#### Bakım Hizmetleri:

İngiltere'de yaşlılık konusunda çalışan en yaygın yardım kuruluşu AgeUK, bakım hizmetlerini aşağıdaki başlıklarda toplamaktadır (AgeUK, 2016):

**Emekli Evleri:** Kendine ait mutfak ve banyosu olan 20-40 daireli apartman ya da sitelerde 60 yaş ve üzeri bireylere bağımsız yaşama imkânı sağlayan evlerdir. Bireyler kendi imkânları ile dairelerini satın alabilir ya da kiralayabilir. Bu evlerde tıbbi bakım

personeli yoksa da tamir-onarım, ortak alanların temizliği gibi konularda sorumlu çalışanlar bulunmaktadır. Ayrıca her dairede düşme gibi acil durumlar için alarm sistemi bulunmaktadır. Site sakinlerinin sosyalleşmesi için bahçe, salon gibi ortak alanlar bulunmakta; oyunlar, sosyal aktiviteler organize edilmektedir (AgeUK, 2016).

**Huzurevi:** Kişisel temizlik, giyinme gibi konularda kişisel bakım desteği verilen, yemeklerin ortak alanda yenildiği yatılı kurumlardır. 24 saat bakım personeli olan bu kurumlarda gezi, sosyal faaliyetler, el sanatları çalışmaları, oyun, müzik aktiviteleri bulunmaktadır. Ayrıca dışarıdan aile hekimi, bölge hemşiresi, fizyoterapist, kuaför, din adamları yaşlıları ziyaret etmektedir (AgeUK, 2016).

**Bakımevi:** Uzman bir hemşire tarafından 24 saat tıbbi bakım hizmetinin verildiği huzurevleridir. Bazı bakımevleri Alzheimer gibi konularda uzmanlaşmış hizmet vermektedir.

**Evde Bakım Hizmetleri:** Bakım hizmeti veren ajanslarda çalışan profesyonel bakıcılar tarafından evde verilen bakım hizmetleridir.

**Ev İçi Düzenlemeler:** Ev içi günlük aktiviteleri daha güvenli kılabilmek için yapılan düzenlemelerdir. Merdivenlere takılan oturma asansör sistemlerinden otomatik aydınlatma ve ısıtma düzeneklerine kadar değişen sistemleri içermektedir.

**Teknolojik Asistan Hizmetleri:** Ev içi ya da bireyin üzerine monte edilen sensörler ile kişinin günlük aktivitesinde yaşadığı aksaklık ve acil durumlar elektronik sensörler üzerinden yardım merkezine gönderilerek uzmanlar tarafından müdahale edilebilmektedir.

**Günlük Bakım Merkezleri:** Yaşlıların haftada bir ya da iki gün sosyalleşme imkânı bulunduğu, günlük aktivitelere katıldığı genelde belediyeler ya da dernekler tarafından yönetilen kurumlardır. Günlük bakım merkezine ulaşım genelde belediye ya da dernek tarafından sağlanmaktadır. Bazı merkezler Alzheimerlı ya da hareket kabiliyeti sınırlı yaşlılara yönelik bakımlar da sunmaktadır. Günlük bakım merkezlerinin bazıları gündüz ya da ihtiyaca göre gece de hizmet vermektedir. Amaç hem evde bakım hizmeti veren aile üyesi ya da profesyonel bakıcılara dinlenme imkânı tanımak hem de yaşlıları zihinsel ve fiziksel olarak aktif tutmaktır.

**Destek Grupları:** Yaşlılık ya da Alzheimer kaynaklı zihinsel kayıp yaşayan bireylere destek veren yerel gönüllü destek gruplarıdır.

İngiltere'de yaşlı bakımına yönelik eleştirilerin başında bakım ve sağlık hizmetlerine ayrılan bütçede yapılan kısıtlamalar gelmektedir. 2005 itibarıyla 65 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 15'i bir tür sosyal bakım hizmeti alırken, 2012'de bu oran yüzde 9'a düşmüştür. Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak bireyi mümkün olduğu kadar evinde bağımsız yaşamaya teşvik eden, evde bakım ve ev içi düzenlemeler şeklindeyse de, son on yıl içinde evde bakım

ve günlük bakım servislerini alanların sayısı azalmaktadır. Ayrıca bakım ihtiyaç analiz testlerinde değerlendirme kriterlerinin zorlaştırılması, yerel yönetimlerin verdiği hizmet standart ve ücretlerindeki farklılıklar sisteme yöneltilebilir diğer eleştirilerdir (AgeUK, 2014).

### 3.2.5. Fransa Yaşlı Bakım Hizmetleri

Fransa'nın 63 milyonluk nüfusunda her dört kişiden biri 60 ve üzeri yaşadığıdır. 2030 yılına kadar 60 yaş ve üzeri nüfusun 20 milyon olması beklenmektedir. AB üye ülkeler arasında ortalama yaş beklentisi (82) en yüksek ülkedir. 2011'de ülke gelirinin yüzde 11,6'sı sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Uzun süreli bakım hizmetlerinde de OECD ortalamasının üzerinde harcama yapılmaktadır (Robertson vd, 2014).

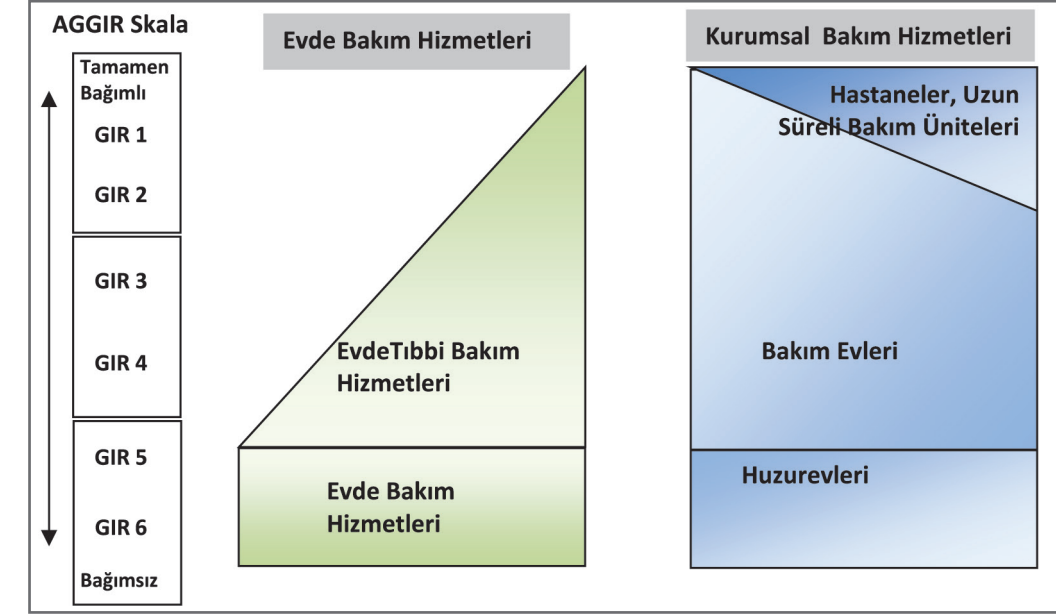
Fransa'da yaşlı bakım harcamaları yerel yönetimler (yüzde 18), Uzun Süreli Bakım Sigortası (CNSA) (yüzde 10), kamu ve özel sağlık sigortası (yüzde 40) ve hizmet alan bireyler (yüzde 33) tarafından paylaşılmaktadır (Alzheimer Europe, 2009a).

Şekil 14'te Fransa'da uzun süreli bakım hizmetlerinin bireyin bağımsız yaşayabilme kapasitesini ölçen AGGIR skalasına göre nasıl değerlendirildiği gösterilmektedir. AGGIR skalası 10 kriter üzerinden (zihinsel tutarlılık, kişinin kendi durumunu değerlendirebilme yetisi, kendi başına tuvalet ihtiyacını giderebilme, giyinme, yemek yeme, tuvaletini tutabilme, bir yerden bir yere gidebilme, kapalı ve açık alanda hareket kabiliyeti, telefon ile iletişim kurabilme kapasitesi) bireyleri değerlendirerek altı GIR grubuna yerleştirmektedir (Joel, Kippelen, Duchene ve Marmier, 2010).

- GIR 1: Yatağa bağlı ve aynı zamanda ciddi zihinsel fonksiyon bozuklukları olan, sürekli sağlık bakım personelinin gözetimine ihtiyaç duyan bireyleri tanımlamaktadır.
- GIR 2: "Yatağa bağlı ancak zihinsel fonksiyon bozukluğu olmayan fakat günlük yaşam aktivitelerinin çoğunda yardıma ihtiyaç duyan" ve "Zihinsel fonksiyon bozukluğu olan ancak hareket kabiliyeti sıkıntısı yaşamayan" bireyler olarak iki gruptan oluşmaktadır.
- GIR 3: Zihinsel fonksiyonlarını ve hareket kabiliyetini kısmen koruyan ancak günde birkaç kez, çoğu zaman tuvalete gitmek için yardıma ihtiyaç duyan bireyleri kapsamaktadır.
- GIR 4: "Oturup kalkarken yardıma ihtiyaç duyan ancak ayağa kalktıktan sonra ev içinde hareket edebilen, kişisel temizlik ve giyinme konusunda zaman zaman yardıma ihtiyaç duyan, yemeğini kendi başına yiyebilen yaşlılar" ve "Ev içinde yardımsız hareket edebilen ancak kişisel bakım ve yemek konusunda yardıma ihtiyaç duyan bireyler" olarak iki alt gruptan oluşmaktadır.
- GIR 5: Evde kendi başına hareket edebilen, yemek yiyebilen ve giyinebilen ancak kişisel temizlik, yemek hazırlığı ve ev idaresi konusunda arada sırada yardıma ihtiyaç duyan bireyleri tanımlamaktadır.

- GIR 6: Günlük yaşam aktivitelerini kendi başına yerine getirebilen bireyleri sınıflandırmaktadır.

Şekil 14. Fransa Evde Bakım ve Kurumsal Bakım Skalası



Kaynak: Joel vd, 2010

Kurumsal bakım hizmetleri; huzurevleri veya emekli evleri, bağımlılık düzeyi yüksek yaşlılara hizmet veren bakımevleri ve hastanelerde uzun süreli bakım üniteleri olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Evde bakım hizmetleri ise sağlık sektöründe yer alan evde tıbbi bakım-hemşire hizmeti veren servisler, sağlık-sosyal (medico-social) sektörüne ait evde bakım servisleri ve henüz sınırlı sayıda da olsa tıbbi bakım ve evde bakım hizmetlerini birlikte veren bakım servisleri üzerinden sağlanmaktadır (Joel vd, 2010).

### Fransa'da Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmet ve Yardımlar

**Bağımsız Yaşama Yardımı (APA):** 60 yaş ve üzeri vatandaşlara yönelik bir uygulamadır. En az bir doktor ve sosyal hizmet uzmanı yaşlıyı evinde ziyaret ederek kendi başına yaşama kapasitesini altılı skalaya göre derecelendirir. Değerlendirmeye bireyin aile ve yakın çevresinden aldığı destek dâhil edilmez. Bireyin zihinsel ve fiziksel bağımsız yaşam kapasitesindeki kayba bağlı olarak; evde bakım için doğrudan ödeme, ulaşım veya günlük yemek sağlama, ev içi düzenlemeler ile ilgili teknik yardım veya duruma göre geçici olarak konaklayabileceği bir bakımevi hizmeti sunulur. Hizmet alımında gelir seviyesi değerlendirmesi yapılmaz ama yardım tutarı gelir seviyesine göre belirlenir. Kişi yardım almaya hak kazandıysa ödeme doğrudan yardım alan kişiye ödenir. Ancak bazı durumlarda aylık yardımın bir kısmı bireyin seçtiği "eve-yardım servisine" ödenebileceği gibi, "eve teknik destek sağlayan servislere" ya da geçici olarak kalınan bakımevine de ödenebilir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016a). Yardım ödemeleri merkezi ve yerel yönetimler düzeyinde vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. Aylık yardım ile evde bakım hizmetlerinin arasındaki fark yaşlı birey ya da aileler tarafından karşılanmaktadır. Ek olarak özel sektörün Uzun Süreli Bakım Sigortası da yaşlı bakım hizmetlerini finanse etmektedir (Joel vd, 2010).



**Yaşlılar İçin Dayanışma Yardımı (ASPA):** Düşük gelirli 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylere minimum yaşam standardında yaşamaları için verilen bir yardımdır. Bireyin kişisel geliri ve aile durumuna göre değişiklik göstermektedir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016a).

**Evde Destek Yardımı:** Belli bir gelir seviyesinin altında olup APA derecelendirme sistemine dâhil olmayan; ancak ev içi yardıma ihtiyaç duyan 60 ve üzeri yaş grubuna yönelik bir hizmettir. Ayda 30 saati geçmemek kaydıyla ev temizliği, ev içi ekipman ve cihazların bakımı, tuvalet yardımı ve evde yemek hazırlığı hizmetlerini kapsar. Yardım doğrudan bireye ya da evde destek hizmeti veren yetkili firmalara ödenir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016a).

**Yemek Desteği:** Belli bir gelir seviyesinin altında olup APA derecelendirme sistemine dâhil olmayan; ancak evde yemeğini hazırlayamayan 60 ve üzeri yaş grubuna yönelik bir hizmettir. Eve yemek servisi veya anlaşmalı restoranlarda düşük fiyatla yemek hizmeti şeklinde sunulur (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016a).

**Koruyucu Aile Sistemi:** Koruyucu ailenin belli bir sosyal yardım-vergi muafiyeti karşılığında, yaşlı ve bakıma muhtaç bireylere geçici, kalıcı veya yarı zamanlı aile ortamında bakım hizmeti sağladığı bir sistemdir. Yaşlı birey ya da yasal hamisi koruyucu aile ile yasal bir bakım anlaşması yapmakta ve düzenli olarak kontrol edilmektedir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016a).

**Emekli-Yaşlı Ev Seçenekleri:** 60 yaş ve üzeri bireyler için kamu ve özel sektör tarafından emekli-yaşlı ev seçenekleri sunulmaktadır. Emekli-yaşlı evleri sigorta şirketleri, otel zincirleri ve kâr amacı gütmeyen vakıflar tarafından yönetilirken kamu yönetimindeki evler sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak faaliyet göstermektedir.

**Huzurevleri:** Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yerine getirebilen yaşlılar için mobilyalı ya da mobilyasız odalar, daireler sunan huzurevleri, yaşlı rezidansları, şehir dışında konumlanmış yaşlı tatil köyleri seçenekleri bulunmaktadır. Bu kurumların ortak özelliği tıbbi bakım hizmeti sunmayan; ancak ortak kullanım alanlarında yemek, temizlik, oda servisi hizmetlerinin verilmesidir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016b).

**Bakımevleri:** Günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyacı olan yaşlılar için kamu ve özel sektör tarafından yönetilen bakımevleri bulunmaktadır. Genel olarak bakımevlerinde bireye tek kişilik ya da paylaşımlı odalarda yatak, çamaşırhane, yemek, boş zaman etkinlikleri, günlük aktivitelerde 24 saat bakıcı desteği ve hemşire, hasta bakıcılar tarafından tıbbi ve psikolojik gözetim hizmetleri sunulmaktadır. Bazı büyük bakımevlerinde doktor da bulunmaktadır. Fiyatlandırma üç kategori üzerinden yapılmaktadır:

- Konaklama Ücretleri: Kurumda kalan tüm bireyler için standart genel yönetim, konaklama, bakım ve günlük aktiviteleri içerir.

- Bağımlılık Oranı: Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi için gerekli tam destek ve izleme hizmetlerine göre farklı ücret seviyeleri vardır.
- Bakım Oranı: Kuruluşun personel giderleri ile ilgilidir; bakımevinde kalan yaşlılara bu kalem yansıtılmaz; ödemeler sağlık sigortası üzerinden doğrudan kuruma yapılır (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016b).

Sürekli tıbbi gözetim isteyen tamamen bağımlı yaşlılar için bazı bakımevlerinde uzun süreli bakım ya da Alzheimer bölümleri bulunmaktadır. Bu hizmet daha çok bir tıbbi kurumdan taburcu olduktan sonra nekahet ve rehabilitasyon dönemi için tek kişilik odalarda tıbbi bakım ve sürekli gözetim şeklinde verilmektedir (Le Site Officiel De L'administration Française, 2016b).

Eğer birey kendi kaynaklarından bu kurumlarda yaşamayı karşılayamıyorsa konaklama ücretlerinin tamamı ya da bir kısmı sosyal yardım kaynaklarından karşılanmaktadır. Ayrıca birey Bağımsız Yaşam Yardımı talebinde de bulunabilir.

#### Alzheimer Hastalarına Yönelik Hizmet ve Destekler

- Günlük Bakım Merkezleri: Bu merkezlerde Alzheimer hastaları yanında zihinsel bozukluğu olmayan yaşlılara da hizmet verilmektedir.
- Geçici Bakım: Geçici bakım hizmetleri kapsamında bir bakımevinde "maksimum üç günlük kısa" veya "bakıcıya dinlenmesi için fırsat veren en az 10 günlük uzun" konaklama seçenekleri bulunmaktadır. Ancak her iki bakımın da talebi karşılamaktan uzak olduğu, çok sınırlı sayıda kurumda Alzheimer hastalarına yönelik geçici bakım üniteleri olduğu belirtilmektedir.
- Uzun Süreli Bakım: Bir bakımevinde uzun süreli bakım hizmeti alan hastaların bakım ücretinin bir kısmı bireyin emekli maaşından ya da vefatından sonra mirasından sağlanmaktadır. Yeterli gelirin olmaması durumunda bakım ücreti sosyal yardımlar üzerinden karşılanmaktadır.
- Palyatif Bakım: Son 10 yılda finansmanı kısmen devlet tarafından sağlanan gönüllü dernekler, hastaneler ve mobil palyatif bakım ekipleri tarafından geniş bir palyatif bakım ağı oluşmuştur.

#### 3.2.6. İspanya Yaşlı Bakım Hizmetleri

İspanya'da nüfusun yüzde 17'si 65 yaş ve üzeridir, 2050 yılında ise nüfusun üçte birinden fazlasının 65 yaş ve üzeri olması beklenmektedir. 2011 itibarıyla 65 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 7'si uzun süreli bakım hizmeti almakta ve GSYH'nin yüzde 0,7'si uzun süreli bakım hizmetlerine ayrılmaktadır (OECD, 2013a).

Geleneksel aile modelinin olduğu İspanya'da yaşlı bakımı ağırlıklı ailelerin (eş ve çocukların) sorumluluğundadır. Yakın geçmişte kurumsal bakım sadece aile gelirinin yeterli olmadığı durumlarda kullanılmaktaydı. Diğer taraftan hem kurum bazlı bakım hizmet maliyetlerinin



yüksek olması hem de yaşlı bireylerin büyük kısmının kurumsal bakım yerine evde bakımı tercih etmesi nedeniyle yaşlı ve bağımlı bireylerin bakımı ağırlıklı aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır (Deusdad, Comas-dArgemir ve Dziegielewska, 2016). Aile içinde bakım işini genelde orta yaşlı (55 yaş), evli, düşük eğitilmiş, düzenli ücretli bir işi olmayan (yüzde 74), aile üyesi kadın (yüzde 83) bireyler üstlenmektedir (Gallego, 2014). Ancak dünyada olduğu gibi İspanya'da da çekirdek ailede çözülme, ekonomik koşullar ve kadınların iş hayatına aktif katılımı yaşlı bireylerin aile içinde bakımının sürdürülmesini zorlaştırmaktadır.

2007'de yürürlüğe giren LAPAD (Uzun Süreli Bakım Kanunu) ile bölgesel ve özerk yönetimler tarafından vergilendirme sistemi üzerinden finanse edilen uzun süreli bakım hizmetleri merkezi bir yapıya kavuşturularak vatandaşların bakım hakkı güvenceye alınmıştır. Kanunun amacı kurumsal bakım hizmeti alan birey sayısını azaltmak değil, teşviklerle evde bakım hizmetini bir alternatif olarak sunmaktır. Yaşlıların bakımını üstlenen aile bireylerine (çoğunlukla kadınlara) kayıtlı bir iş imkânı sağlamak da LAPAD'ın bir başka amacıdır (Deusdad vd., 2016). İspanya'daki uzun süreli bakım hizmetleri yaklaşımı yaşlı ve bağımlı bireylere doğrudan hizmet sağlamanın yanında bireyin bağımsızlığını sürdürmeye yönelik sağlıklı yaşlanma, rehabilitasyon programlarını da içermektedir (Gutierrez, Martin, Sanchez ve Vilaplana, 2010).

### Bakım İhtiyacının Belirlenmesi

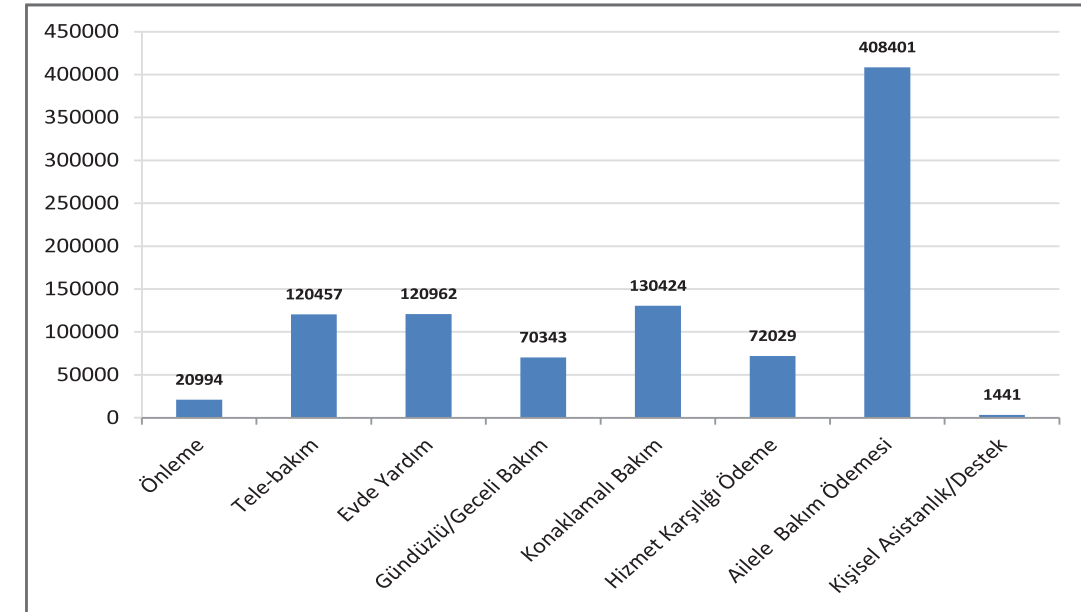
Bireylerin alabileceği hizmet tipini ve düzeyini belirlemek için ihtiyaç analizi yapılmaktadır. Analiz bireyin kendi başına yeterlilik seviyesini 11 kriter (yemek yeme ve içme, hareket yeteneği, tuvalet vb fiziksel ihtiyaçları kontrol edebilme, kişisel temizlik, saç tarama-tırnak kesme gibi kişisel bakım ihtiyaçlarını giderebilme, kendi başına giyinebilme, ev içi ve dışındaki risklerden kaçınma gibi koruma önlemlerini uygulayabilme, oturup-kalkma gibi fiziksel eylemleri yerine getirebilme, ev içi ve dışında hareket kabiliyeti, yemek pişirme-temizlik gibi ev idaresi işlerini yapabileme, para idaresi-kamu hizmetlerini kullanabilme gibi konularda karar verebilme yetisi) üzerinden değerlendirmektedir. Her bir başlık altında dört ya da beş alt detaydan oluşan görevler (ayakkabı bağlama, saç tarama vb.) yer almakta ve değerlendirme sonucunda bireyler üç ana bakım seviyesinden birine yerleştirilmektedir (Gutierrez vd, 2010).

- Kısmen Bağımlı: Günlük aktivitelerinde günde en az bir kez veya zaman zaman yardıma ihtiyaç duyan bireyler.
- Oldukça Bağımlı: Günlük aktivitelerinde günde birkaç kez yardıma ihtiyaç duyan ancak sürekli bakım desteği, gözetimi istemeyen bireyler.
- Tamamen Bağımlı: Fiziksel veya zihinsel yetersizlik nedeniyle günlük aktivitelerinde sık sık yardıma ihtiyaç duyan, sürekli bakım desteği, gözetimi gerektiren bireyler.
- Her bir ana bakım seviyesi bireyin kendine yeterlilik seviyesi ve ihtiyaç duyduğu bakım desteğine göre ikişer alt bakım seviyesine ayrılmaktadır. Birinci düzey bir başka bireyin doğrudan desteğine ihtiyaç duymadan günlük aktivitelerini yerine getirebilen bireyleri, ikinci düzey ise bir tür bakım desteğine ihtiyaç duyan bireyleri tanımlamaktadır.

### Bakım Hizmetleri

Şekil 15'te İspanya'da yaşlılara yönelik bakım hizmet türleri gösterilmiştir. Bakım hizmetlerinin büyük bölümünü aile bakım yardımı oluşturmaktadır. Bunu alarm sistemi, tele-bakım ve evde yardım hizmetlerinin verildiği evde bakım hizmetleri izlemektedir (Deusdad vd., 2016).

Şekil 15. İspanya'da Yaşlı Bakım Hizmetlerinden Yararlanan Kişi Sayısı (2013 Yılı Verileri)



Kaynak: Deusdad vd., 2016.

Alarm sistemi hizmeti ile bilgi teknolojileri (düşme sensörleri, alarm butonlu cihazlar aracılığıyla) kullanılarak acil durumlarda sosyal hizmet uzmanı ve tıbbi personelin bireye hızlı müdahale etmesi sağlanmaktadır. Bu hizmet evde yardım hizmetinin bir parçası olarak ya da tek başına sağlanabilmektedir (Gutierrez vd, 2010). Yaşlı bireyleri mümkün olduğunca uzun süre bağımsız yaşamalarını desteklemek amacıyla alarm sistemi altında tele-bakım hizmeti de sunulmaktadır. Tele-bakım hizmetinde yaşlılar ve ailelerden gelen çağrılar yanında sisteme kayıtlı bireyler belli aralıklarla aranmakta, yine belli aralıklarda sosyal hizmet uzmanları tarafından yüz yüze ziyaret edilmektedirler. Tele-bakım hizmetleri kapsamında bireyin ilaç alım saatlerinin veya doktor randevularının hatırlatılması, yalnızlık çeken, depresyon eğilimindeki yaşlılar ile düzenli iletişim, aşırı sıcak ya da soğuk hava koşulları veya gribal enfeksiyonlara karşı korunma gibi konularda yaşlılar ile iletişim kurulmaktadır (Tunstall, 2016).

Evde yardım hizmeti ev içi temizlik, yemek hazırlığı gibi hizmetler yanında bireyin günlük aktivitelerini sürdürmeye yardımcı olacak kişisel bakım hizmetlerini de kapsamaktadır.

Gece ve gündüzlü bakım merkezleri ise bireyin sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarına yardımcı olmak amacıyla gece konaklamalı ya da gününbirlik danışmanlık, kişisel bakım, rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Mahalle bakımevlerinde ise tatil dönemlerinde, hafta sonları ya da bakımının hasta olduğu durumlarda bireye geçici konaklamalı bakım hizmeti verilmektedir (Gutierrez vd, 2010).

Finansal olarak bakım hizmetleri merkezi yönetim, özerk yönetimler, hizmet alan birey ve aile tarafından karşılanmaktadır. Bireyin ve ailenin yeterli geliri olmadığı durumda bireyin ihtiyacına göre üç tip mali yardım yapılmaktadır; belli bakım hizmetlerine ulaşmak için verilen yardımlar, bakım sağlayan aile üyelerine verilen yardımlar (bakımı üstlenen aile bireyi sosyal güvenlik sistemine kaydolarak vergi sistemine dâhil olmaktadır), aile dışında profesyonel bakım hizmeti almak için verilen yardımlar. Yardımların miktarı yaşlı bireyin ihtiyaçlarına ve ekonomik durumuna göre belirlenmektedir (Gutierrez vd, 2010).

İspanya'daki bakım hizmetlerine yönelik eleştiriler; aile bakım yardımının ağırlıkta olduğu; ancak nüfusun yaşlanmasıyla bağımlılık seviyesi artan yaşlıların ihtiyaçlarının aile içinde karşılanamadığı ve kurum bazlı daha karmaşık hizmetler veren bir sisteme ihtiyaç duyulduğu yönündedir. Ayrıca özel, kamu ve özerk yönetimler bazında bakım hizmetlerinin standardize olmaması, yardım miktarı sabit olmakla birlikte hizmet alım fiyatlarındaki farklılıklar sisteme yönelik diğer eleştirilerdir.

### 3.2.7 İtalya Yaşlı Bakım Hizmetleri

İtalya'da nüfus hem doğurganlık hızının azalması hem de yaşam süresinin uzaması nedeniyle hızla yaşlanmaktadır. 59,8 milyon nüfusa sahip İtalya'da nüfusun yüzde 21'i 65 yaş ve üzerindedir, 2050 yılında her üç kişiden birinin 65 ve üzeri yaş grubuna dâhil olması beklenmektedir (OECD, 2013a).

Yaşlı bakımı daha çok aileler tarafından, geleneksel olarak da ailedeki kadın tarafından yerine getirilmektedir. Kurum bazlı bakım ise genelde aile kaynaklarının tükendiği durumlarda devreye girmektedir (Alzheimer Europe, 2009b). Ancak nüfusun hızla yaşlanması, geleneksel aile yapısındaki değişim ve kadınların iş hayatına katılması yaşlı bakım hizmetlerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır.

1990'dan itibaren kurum bazlı bakım hizmetleri önemli ölçüde arttıysa da 65 yaş ve üzeri nüfusun sadece yüzde 4'ü uzun süreli bakım hizmeti almaktadır. Diğer taraftan bölgesel farklar (kuzey-güney) hem hizmet alan sayısında hem de bakım standartları açısından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. 2001 Ulusal Yaşlı Programı uyarınca evde bakım hizmetlerini daha iyi sunabilmek için sağlık ve sosyal hizmet sistemleri bütünleştirilmiş ve yaşlıların mümkün olduğu kadar kendine yeterliliklerini korumaya yönelik hizmetler geliştirilmiştir. Yine de kültürel normlar nedeniyle yaşlı bakımı tüm vatandaşların talep edebileceği bir hak değil, daha çok bir tür "yardım" olarak algılanmaktadır (Alzheimer Europe, 2009b).

İtalya'da bakım hizmetleri üç ana başlıkta verilmektedir; kurum bazlı bakım hizmetleri, evde bakım ve nakit yardımlar. Ulusal Sağlık Servisi tarafından verilen hizmetler ücretsizdir; ancak diğer bakım hizmetleri için gelir testi uygulanmakta, testin sonucuna göre bireyin bakım ücretinin bir kısmını ya da tamamını ödemesi beklenmektedir (Tediosi and Gabriele, 2010).

#### Kurum Bazlı Bakım Hizmetleri

**Huzurevleri ve Bakımevleri:** İhtiyaçlarını kendi başına karşılayabilen yaşlılara, otel mantığında hizmet veren huzurevleri, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini de kapsayan tıbbi bakım huzurevleri ve tamamen bakıma muhtaç bireyler için bakımevleri olmak üzere sınıflandırılabilir. 65 yaş ve üzeri nüfusun yüzde 1,9'u kurum bazlı bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bazı bölgelerde bu oran yüzde birin altına kadar düşmektedir (Tediosi, 2010).

**Günlük Bakım Merkezleri:** Gün içinde engelli yaşlıları barındıran, aynı zamanda sağlık, rehabilitasyon, kişisel bakım ve sosyal faaliyetler sunan merkezlerdir.

Kurum bazlı bakım hizmetlerinin üçte biri kamu kaynaklı, yüzde 43'ü kâr amacı gütmeyen kuruluşlara, yüzde 22'si de kâr amaçlı şirketlere aittir (Tediosi, 2010).

**Evde Bakım Hizmetleri:** Ulusal Sağlık Servisine bağlı Evde Tıbbi Bakım Hizmetleri ve belediyeler tarafından finanse edilen Evde Kişisel Bakım Hizmetleri olarak iki şekilde sunulmaktadır. Evde Tıbbi Bakım Hizmetleri 90'lı yıllarda evde sosyal yardım ve tıbbi bakım hizmetlerini kapsamak amacıyla başlatılmış ama pratikte sadece tıbbi bakım hizmetleri sunulabilmiştir. Evde Tıbbi Bakım Hizmetleri daha çok geriatri bölümlerinin ve sağlık ve sosyal bakım uzmanlarının değerlendirdiği ihtiyaç analiz testleri ile planlanmaktadır (Tediosi, 2010).

Yemek, kişisel temizlik, ev işlerine yardım, alışveriş, giyinme gibi konularda yaşlı bireye verilen evde kişisel bakım hizmetlerini ise belediyeler sosyal hizmet birimleri tarafından vermektedir. Coğrafi bölgeler arasında çok çeşitlilik gösteren evde kişisel bakım hizmetleri nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için yetersizdir. 65 yaş ve üzeri nüfus içinde evde kişisel bakım hizmetlerinden yararlanma oranı yüzde 1,7'dir. Evde tıbbi bakım hizmetlerinden yararlananların oranı ise yüzde 3,2'dir (Tediosi, 2010).

Evde bakım hizmet ücretleri ve içeriği bölge ve belediyeler bazında son derece farklılık göstermektedir. Elde yeterli bilgi yoksa da evde özel bir bakıcı tarafından sağlanan bakım hizmetleri İtalya'da yaşlı bakımında çok önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre ailelerin yüzde 15'i yakınlarına kendi kaynaklarıyla haftada en az 20 saatlik özel bakıcı desteği sağlamaktadır. Dışarıdan alınan özel bakıcı hizmeti daha çok Doğu Avrupalı göçmenler tarafından sağlanmaktadır (Tediosi, 2010).

#### Nakit Yardımlar

Nakit yardımlar İtalya'da uzun süreli bakım hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Üç temel nakit yardım verilmektedir; Sosyal Yardım, Yerel Yönetimlerce Sağlanan Bakım Yardımı ve Ulusal Bakım Yardımı (Gagliardi, Rosa, Gabirella ve Mechiorre, 2012).

**Sosyal Yardım:** Bakıma muhtaç engelli bireylerin (65 yaş ve üzeri nüfus da dâhil olmak üzere) gelir testine bağlı olarak sadece kamu ya da akredite ajansların sağladığı evde sağlık hizmeti almaları için verilen yardımlardır.

**Yerel Yönetimlerce Sağlanan Bakım Yardımı:** Gelir ve ihtiyaç analiz testine bağlı olarak belediyeler tarafından, bireyin bakımı ile ilgili olmak koşuluyla istediği gibi harcayabileceği, yaşlı birey ve ailesine destek olmak amacıyla verilen yardımlardır.

**Ulusal Bakım Yardımı:** Ulusal Sosyal Güvenlik Enstitüsünün yaş ve gelire bakmaksızın, tamamen engelli, bağımlı bireylere yaptığı nakit yardımdır. Ulusal Bakım Yardımı doğrudan herhangi bir bakım hizmeti ya da ürünü almak için değil, genel olarak bireyin ve ailenin ekonomik durumuna yardım amaçlı verilmektedir.

## 4. TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUMDA YAŞLILARA YÖNELİK SUNULAN SOSYAL YARDIM VE HİZMETLER

Bakım hizmetleri konusunda bir projeksiyonda bulunmak ve gelecek için sosyal hizmet politikası önerebilmek için mevcut durumda Türkiye'de yaşlılara sunulan sosyal yardım ve hizmetlerin kısa bir değerlendirmesini yapmak gerekmektedir. Bu bölümde sunulan bilgiler aşağıda listelenen ve benzer ve/veya aynı bölümleri içeren metinlerden derlenmiştir;

- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2015 Yılı İdare Faaliyet Raporu,
- T.C. Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014,
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı 2012,
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurum içi rapor ve istatistikler,
- Çalışma kapsamında ayrıca ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı uzmanları ile yapılan informal görüşmelerden ve yazarların mesleki uzmanlıklarından hareketle veriler sunulmuştur.

Onuncu Kalkınma Planı yaşlılara yönelik genel politika çerçevesi olarak "Yaşlıların kendi çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde bakımını sağlamaya yönelik hizmetler çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacak ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliği artırılabilecektir" (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014:285) hedefini ortaya koymakta ve bu doğrultuda "Yaşlılara yönelik bakım ve destek hizmetlerinin etkinlik, yaygınlık ve denetimi artırılabilecek, kuruluşların fiziki şartları iyileştirilecektir" tedbirine yer vermektedir. Hâlihazırda bakım hizmetlerini de içerecek şekilde yaşlılara yönelik bütün politikalar ASPB tarafından Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı çerçevesinde geliştirilmektedir. Aynı şekilde 2011-2013 yılını kapsayan Bakım Hizmetleri ve Eylem Planı da bulunmaktadır.

Öngörülen bu amaç doğrultusunda hâlihazırda verilen hizmetler şu şekilde özetlenebilir:

### 4.1. Nakit Yardımlar

#### 4.1.1. 2022 Sayılı Kanun Kapsamındaki Sosyal Yardımlar

2022 Sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" gereğince; herhangi bir SGK'dan bir gelir veya aylık hakkından faydalanmayan ve hane içinde kişi başına düşen geliri, asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden (2015 Temmuz-Aralık dönemi için 303,48-TL) az olan Türk vatandaşlarından, 65 yaşını doldurmuş yaşlılara düzenli gelir desteği sağlanmaktadır. Bu kapsamda en güncel veri olarak 2015 yılı Ocak ve Aralık döneminde 65 yaş ve üzeri 609 bin kişiye aylık 203 TL tutarında yardım yapılmış ve toplamda 1.275 milyon TL kaynak tahsis edilmiştir (ASPB, 2015a:135).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü Primsiz Aylıklar Daire Başkanlığı tarafından 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun

kapsamında ödenen aylıklar, 2012 yılından itibaren 633 sayılı KHK ile ASPB tarafından ödenmeye başlanılmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

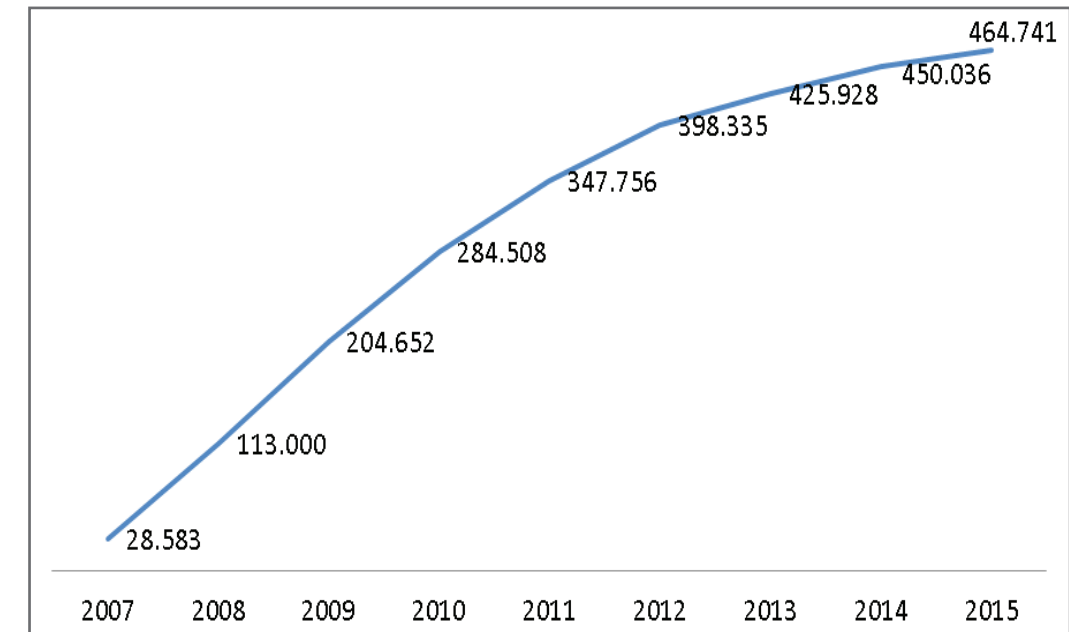
#### 4.1.2. Evde Bakım Yardımı

Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı çalışmaları kapsamında yayınlanan Sosyal Yardımlar ve Hizmetler Çalışma Grubu raporuna göre (2013); 5378 sayılı Mülga: Özürlüler Kanunu çerçevesinde uygulanan evde bakım hizmetleri, temelde bakıma muhtaç engelliye, sistemli ve nitelikli bakım hizmetlerinin verilmesinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Ancak muhtaç kişilere bu hizmetin devlet veya belediyeler tarafından ulaştırılmasından ziyade kendi öz bakımını yapamayan engellilere bakan yakınlarına doğrudan ödeme yapılması şeklindedir. Burada amaç, kişinin sosyal ve fiziksel çevreden ayrılmadan bakımın yerine getirilmesine dayalı olan evde bakımdır. Ancak bu şekilde destek verilen bakımın profesyonel olmaması, bakım veren için önemli bir destek sistemi olmakla birlikte sosyal sigortasını kapsamaması ve özünde sosyal hizmet değil aslında bir çeşit sosyal yardım olması ve dolayısıyla sosyal hizmet ihtiyacını ikame etmemesi gibi nedenlerle eleştirilmektedir.

Bu yardımdan faydalanmanın yolu ise, "özürlünün kaldığı hanede kişi başına gelir düzeyinin aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olması ve sağlık kurulu raporunda yüzde 50 ve üzeri ağır özürlü olması"dır. Bu kapsamda, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından evde bakılan engelliler için, engelliye bilfiil bakan kişiye bakım ücreti olarak her ay bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

2015 Temmuz-Aralık dönemi için Evde Bakım yardımının aylık tutarı 830,84TL olup 2015 Yılı içinde aktarılan toplam kaynak 4,4 milyar TL'dir (ASPB, 2015a:136). Söz konusu yardım kapsamında 2015 itibarıyla 464.741 kişi yararlanmış, bunların 156 binini yaşlılar oluşturmuştur. Evde bakım aylığının yıllara göre faydalanıcı sayısı Şekil 16'da sunulmuştur.

Şekil 16. Yıllar İtibarıyla Evde Bakım Yardımından Faydalanan Kişi Sayısı



Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, 2015



## 4.2. Kurumsal Bakım Hizmetleri

### 4.2.1. Huzurevleri

Huzurevleri 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ASPB'ye bağlı olarak faaliyet yürüten sosyal hizmet kuruluşlarıdır. 2015 Aralık verilerine göre ASPB'ye bağlı 132 huzurevinde 12.299, Bakanlık harici 218 yaşlı bakım kuruluşunda ise 11.053 yaşlının halen bakımı sağlanmaktadır. ASPB huzurevlerinde kalanlardan 7.926 yaşlı ücretli, 4.373 yaşlı ise ücretsiz bakım hizmeti almaktadır. Bakanlık dışındaki huzurevlerinin 162'si özel huzurevleri olup toplam 8.995 kapasitenin 6.342'si ancak doludur. Özel huzurevlerindeki boş kontenjan dikkat çekicidir. Belediyelere ait toplam 20 huzurevinin 2.871 civarında kapasitesi olmakla birlikte bu kapasitenin 2.010'u kullanılmaktadır. Huzurevlerinin kalanı derneklere, vakıflara, azınlıklara ve diğer kamu kuruluşlarına aittir ve detaylı bilgiler Tablo 14'te sunulmuştur.

**Tablo 14. Türkiye'de Kurumsal Bakım Hizmetlerine İlişkin Sayısal Bilgiler**

	Huzurevi Sayısı	Kapasite	Boş Yatak Sayısı	Bakılan Yaşlı Sayısı
ASPB'ye bağlı huzurevleri	132	13.488	563	12.299
Yaşlı yaşam evi	40	154	0	154
Diğer bakanlıklara bağlı huzurevleri	2	570	4	566
Belediyelere ait huzurevleri	20	2.871	861	2.010
Dernek ve vakıflara ait huzurevleri	29	2.354	698	1.626
Azınlıklara ait huzurevleri	5	508	153	355
Özel huzurevleri	162	8.995	2.719	6.342
<b>Toplam</b>	<b>350</b>	<b>28.940</b>	<b>4.998</b>	<b>23.352</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015

ASPB iç raporlarına göre; taleple bağlantılı olarak ASPB huzurevleri ağırlıklı batı bölgelerinde hizmet vermektedir. Tablo 15'teki 2015 yılı kayıtlarına göre bakanlık huzurevlerinde kalanların yüzde 75'i Ege, Batı Anadolu, Doğu Marmara, İstanbul ve Akdeniz bölgelerinde bulunmaktadır. Benzer şekilde resmi huzurevlerine girmek için sırada bekleyen 7.550 yaşlının da çok büyük kısmını Ege ve İstanbul'da bekleyenler oluşturmaktadır. Özel huzurevlerinin bölgesel dağılımında da İstanbul, Ankara ve İzmir illeri ön plana çıkmaktadır. Özel huzurevlerinin de yüzde 85'i bu üç ilde bulunmaktadır.

Zaman içerisinde huzurevinde ya da aile yanında yaşarken, bedensel ve zihinsel aktivitelerini yitirerek sürekli ve özel ilgi, destek ve koruma gereksinimi duyan yaşlılar için huzurevi bünyesinde özel bakım bölümlerinde hizmet verilmektedir. Huzurevinde yaşarken zaman içinde sürekli bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar öncelikli olmak üzere bu bölümlere ruh sağlığı yerinde, bulaşıcı bir hastalığı olmayan, yatağa bağımlı, bedensel engelli, demanslı yaşlılar kabul edilmektedir. Kendi öz bakımını yapamayan yaşlılar için ise Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri hizmet vermektedir (Yıldırım, 2012).

**Tablo 15. 2015 İtibarıyla Bölgeler Bazında ASPB Huzurevlerinde Kalan ve Sıra Bekleyenlerin Dağılımı**

	Kalan Sakinler (%)	Sıra Bekleyenler (%)
Akdeniz	10	6
Batı Anadolu	13	8
Batı Karadeniz	9	3
Batı Marmara	6	4
Doğu Marmara	11	6
Doğu Karadeniz	4	1
Ege	28	34
Güneydoğu Anadolu	1	1
İstanbul	11	35
Kuzeydoğu Anadolu	1	0
Orta Anadolu	4	1
Ortadoğu Anadolu	2	0
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015

**Tablo 16. Huzurevinde Kalan ve Huzurevine Girmek İçin Sıra Bekleyen Yaşlı Sayıları**

Huzurevlerinde Mevcut Bakılan Yaşlı Sayısı				
Huzurevleri Birimi		Sürekli Bakım		Toplam
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
3.003	4.942	2.360	1.994	<b>12.299</b>
Resmi Huzurevlerinde Ücretli Bakılan Yaşlı Sayısı				<b>7.926</b>
Resmi Huzurevlerinde Ücretsiz Bakılan Yaşlı Sayısı				<b>4.373</b>
Huzurevlerine Girmek İçin Sırada Bekleyen Yaşlı Sayısı				
Huzurevi Birimi		Sürekli Bakım		Toplam
Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
2.774	2.933	1.051	792	<b>7.550</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015

Bakanlık huzurevlerinde kalanların yaklaşık üçte birine sürekli bakım hizmeti verilmektedir. İstatistiksel olarak ortaya konamamakla birlikte bu araştırma için yapılan görüşmelerde uzmanlar tarafından sürekli bakım ihtiyacının huzurevi ihtiyacından daha hızlı arttığı ifade edilmiştir (DPT, 2007:24-26).

Diğer taraftan sürekli bakım için sırada bekleyen yaşlılara bakıldığında daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 16). Bu durum demografik göstergelerin doğal bir sonucudur.



Tablo 17 ASPB'ye bağlı huzurevlerinde çalışan personel sayısını göstermektedir. Huzurevlerinin bugünkü insan kaynağı kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar ve hizmet alımı yoluyla şirketlerden karşılanmaktadır. Halen ASPB huzurevlerinde çalışan sözleşmeli personel başına 6,4 yaşlı düşmektedir. Ancak sözleşme ve özel hizmet alımı ile istihdam edilen personel sayısına birlikte bakıldığında personel başına 1,6 yaşlıya hizmet verilmektedir.

**Tablo 17. ASPB Huzurevlerinde Çalışan Personel Yapısı**

	Personel Sayısı	Personel Başına Düşen Yaşlı Sayısı (%)
Genel idare	495	24,8
Sağlık hizmetleri	877	14,0
Eğitim öğretim hizmetleri	33	372,7
Teknik hizmetler	50	246,0
Yardımcı hizmetler	415	29,6
Din hizmetleri	37	332,4
<b>Kadrolu Personel Toplamı</b>	<b>1907</b>	<b>6,4</b>
<i>Özel hizmet alım yoluyla görev yapmak üzere verilen yetki</i>	<i>5617</i>	<i>2,2</i>
<b>Genel Toplam</b>	<b>7524</b>	<b>1,6</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, 2015

Ancak hangi hizmetlerin hangi usul ile karşılanacağı konusunda norm kadro uygulaması olmadığından insan kaynağı tahmini yapmak veya harcamaları ayırtmak mümkün olmamaktadır. Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon hizmetlerinin asli (sosyal hizmet, sağlık hizmeti gibi) ve yardımcı hizmetler (temizlik, güvenlik, yemek gibi) olarak yeniden tanımlanması, asli hizmetlerin kadrolu personel tarafından verilmesi ve yaşlı başına hizmet vermesi gereken personel standardının sağlanması gerekmektedir. Yardımcı hizmetler için ise hizmet alımı yoluna gidilmesi hem esneklik sağlayacak hem de huzurevi idarelerinin asli işlevlere daha fazla yoğunlaşması fırsatını sunacaktır.

#### 4.2.2. Yaşlı Yaşam Evleri

ASPB'nin yeni sayılabilecek bir uygulamasıdır. Bakanlık çocuk bakım hizmetlerinde koğuş tipi çocuk yuvaları yanında şehir içinde ev tipi binalarda 10-12 çocuğun aile modeline benzer bir ortamda bakımının sağlandığı sevgi evleri ile hizmet vermektedir (ASPB, 2016). Çocuk bakımında uygulanan bu model yaşlılar için de denenerek ev tipi yaşlı yaşam evlerine geçilmeye çalışılmış ve 2015 yılı itibarıyla 40 yaşlı yaşam evinde 154 yaşlıya hizmet verilmiştir. Her ne kadar ev ortamında daha sıcak ve fiziksel anlamda daha uygun olanaklar sunulmasının yanında, ev içinde otorite kabul etme, uyum ve beraber yaşama kültürü adına zorluklar gözlemlenmiştir. Modele ilişkin bir diğer eleştiri de; idealde yaşam evleri ile yaşlının kendi mahallesinde/çevresinde yaşamasına devam etmesi hedeflenirken pratikte farklı bölgelerden yaşlıların bir araya getirilmesi ile ilgilidir. Söz konusu modelin yaygınlaştırılması için daha profesyonel bir yönetim ve ev işleyişi adına yaşlılar tarafından kabullenilebilecek bir tasarım gerekmektedir.

#### 4.2.3. Yaşlı Hizmet Merkezleri

Bu hizmet türünün hedef grubu, ev ortamında yaşamaya devam eden yaşlılardır. Akıl ve ruh sağlığı yerinde olan yaşlıların boş zamanlarını, birtakım sosyal etkinliklerle değerlendirmek, sosyal ilişkilerini ve faaliyetlerini artırmak suretiyle destek olunması amaçlanmaktadır.

ASPB'ye bağlı olarak faaliyet yürüten beş adet Yaşlı Hizmet Merkezi üyelik esasına göre faaliyet göstermekte olup bu merkezlerden 1.076 kişi faydalanmaktadır (ASPB, 2012:15).

Bu merkezlerde, fiziki ve zihinsel bir engeli bulunmayan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan yaşlılara aile ve yakın çevrenin desteğinin de yetersiz kaldığı durumlarda evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla "Evde Bakım Hizmeti" de verilebilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014); ancak bu hizmete ait yeterli istatistik bulunmamaktadır.

#### 4.2.4. Engelli Bakım Hizmeti

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü engelli ve yaşlı bireylerin bakımından sorumlu kılınmıştır. Kalkınma Bakanlığı tarafından hazırlanan Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporuna (2014:31-33) göre her ne kadar bu hizmetler tüm engelli bireyleri kapsıyorsa da, 2012 yılında bu hizmeti alanların yüzde 27'si 60 yaş ve üzeri yaş grubundandır. Bu sorumluluk çerçevesinde; gündüzlü ve yatılı bakım kuruluşları aracılığı ile korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç kişilere sosyal hizmet sunulmaktadır. Resmî veya özel bakım merkezlerinde ya da bireyin evinde bakım hizmeti verilirken kişinin gelir durumu dikkate alınmaktadır. Bakım hizmetleri kurum bakımı ve evde bakım hizmetleri olmak üzere iki türlü verilmektedir (ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012).

Bu bakım hizmeti ikiye ayrılmaktadır. Birincisi kurumsal bakım hizmetidir ve ASPB'den ruhsat alan gerçek ve tüzel kişiler ile kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilebilmektedir. 2012 yılı itibarıyla bu hizmeti alan özel (149) ve kamu (101) bakım merkezlerinin yaklaşık 15.000'e yakın faydalanıcısı vardır. ASPB tarafından özel bakım merkezlerinden bakım hizmeti alan engelliler için özel bakım merkezlerine, söz konusu hizmetin karşılığı olarak her ay net iki aylık asgari ücret ile KDV toplamı tutarında ödeme yapılmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014). Önceki bölümlerde devletin huzurevlerinde sağladığı uzun dönemli bakım imkânı kast edilmekte iken bu hizmet modelinde özel bir hizmet sağlayıcı, engelli (yaşlı-engelli) bakım hizmeti vermekte ve devlet bunun karşılığında belirli bir ücret ödemektedir.

Engelli Bakım Hizmetleri kapsamında ikinci hizmet türü evde bakım yardımı olup nakdi yardımlar başlığı altında değerlendirilmiştir.

Bunun dışında doğrudan bakım hizmeti olmayan ancak yaşlıların hayatını kolaylaştıracak ücretsiz toplu taşıma kartları, sosyal organizasyon gibi farklı aktiviteler de yaşlılara yönelik olarak farklı kurum ve kuruluşlarca sunulmaktadır.

## 5. BAKIM HİZMETLERİ MALİ YÜK PROJEKSİYONLARI

Çalışmanın bu bölümünde TÜİK'in 2023 yılına kadar 60 yaş ve üzeri nüfus büyüklüğü projeksiyonları baz alınarak farklı senaryolarda ASPB'nin hâlihazırda yaşlılara sunduğu hizmet modellerindeki bakım hizmetlerinin aynı kapsamda kalması durumunda, gelecekteki mali yükü tahmin edilmeye çalışılmıştır.

### 5.1. Veri Kaynağı ve Yöntem

Çalışmanın veri kaynağını temel olarak ASPB Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2006 ve 2011 yıllarında yapılan TAYA çalışmaları, 2008 TNSA, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünden temin edilen yaşlı bakımına ilişkin veriler ve TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileri oluşturmaktadır.

TAYA 2011 Türkiye'yi kent ve kır, İBBS Düzey-1 seviyesinde temsil etmekte ayrıca İstanbul, Ankara ve İzmir illeri bazında da sonuç vermektedir. TAYA 2011 kapsamında 12.056 hane ile görüşme yapılmış, bu hanelerde yaşayan toplam 44.117 kişinin demografik bilgisi toplanmış ve 18 yaş ve üzeri 24.647 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışmada hanedeki referans kişilere "hanehalkı sorukağıdı", 18 yaş ve üzeri bireylere ise ayrıca "birey sorukağıdı" uygulanmıştır. Hanehalkı sorukağıdı hanehalkının temel özellikleri, çocuk ve yaşlı bakımı, ev işlerinin paylaşımı, ailede temel konulardaki karar alıcılar gibi konuları; birey sorukağıdı ise mülk sahipliği, çocuk sahipliği, aile içi ilişkiler, komşuluk ve akrabalık ilişkileri, yaşlılık ve yaşam memnuniyeti gibi konuları kapsamaktadır (ASPB, 2011).

Bu çalışmada, gelecekte yaşlı nüfusun sayısal büyüklüğünün ve oranının ne kadar olacağı bilgisi TÜİK tarafından gerçekleştirilen nüfus projeksiyonu sonuçlarından elde edilmiştir. TÜİK'in nüfus projeksiyonları kuşak-bileşenler (cohort component) yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Nüfus projeksiyonlarını kabaca toplam nüfus bilgilerini kullanarak matematiksel yöntemlerle de yapmak mümkündür. Ancak matematiksel yöntemler yaş grubu ve cinsiyet detayında bilgi vermedikleri için bu çalışmanın amaçları açısından uygun yöntemler değildir. Dahası, matematiksel yöntemler nüfus büyüklüğünü ve bileşimini etkileyen doğurganlık, ölümlülük, göç gibi parametreleri de hesaba katmamaktadır. Kuşak-bileşenler yöntemi, başlangıç nüfusundaki her bir kuşağın (yaş grubunun) doğurganlık, ölümlülük ve göç bileşenlerinin etkilerine maruz kalarak nasıl bir değişim gösterdiklerinin yaşam boyu izlenmesi esaslı üzerine kurgulanmıştır.

### 5.2. Varsayımlar ve Hizmet Senaryolarına Göre Tahminler

2011 TAYA çalışması kapsamında 18-59 yaşlarındaki yetişkin bireylere "Kendinize bakamayacak kadar yaşlandığınızda nasıl yaşamayı düşünürsünüz?" sorusu yöneltilmiştir. Görüşülen kişilerin yüzde 22,7'si oğlunun yanında kalmayı, yüzde 19,6'sı evinde bakım hizmeti almayı, yüzde 8,7'si kızının yanında kalmayı, yüzde 10,3'ü huzurevine gitmeyi düşündüğünü, yüzde 38,8'i ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Sonuçlar, İBBS-Düzey 1 (12 bölge) açısından değerlendirildiğinde huzurevlerine en yüksek talebin Batı Marmara bölgesinde olduğu (yüzde 14,9), en düşük talebin ise Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde olduğu (yüzde 5,5) görülmektedir. Üç büyük il arasında ise en yüksek oranda talep Ankara'da (yüzde 19,6), en düşük talep ise İstanbul'dadır (yüzde 9,8) (ASPB, 2011).

Yaşlı nüfusun gelecekte huzurevinde bakım alma talebinin ne düzeyde olacağına ilişkin geliştirilen üç senaryo Tablo 18'de sunulmuştur.

**Birinci Senaryo:** Mevcut durumda (2015 verileri baz alındığında) ASPB huzurevlerinde kalanların ve huzurevinde kalmak üzere başvurup sırada bekleyenlerin, yaşlı nüfus içerisindeki oranını temel almaktadır.

**İkinci Senaryo:** 21 OECD ülkesinde huzurevinde kurumsal bakım hizmeti alan yaşlı nüfusun yüzdesini (%4,1) baz almaktadır. Bu senaryo geliştirilirken, bölgelerarası farklılaşmanın nasıl olacağına ilişkin yapı bir önceki modelde bölgeler arasında talebin nasıl farklılaştığına bakılarak belirlenmiştir. Türkiye genelinde huzurevlerine talep 2015 yılında OECD ülkelerindeki ortalama düzeyde (yüzde 4,1) olsa İBBS Düzey-1 bölgelerinde talep yüzdesinin ne kadar olacağı bir önceki senaryodaki yapıya bakılarak belirlenmiştir.

**Üçüncü Senaryo:** TAYA-2011'de, ilerleyen yaşlarda huzurevinde kalmak isteyenlerin (%10,3) beyanı temel alınmıştır.

**Tablo 18. Farklı Senaryolara Göre İBBS Düzey-1 ve 3 İl Düzeyinde Huzurevinde Kalma Potansiyeli Olan Nüfusun Yaşlı Nüfusa Oranı**

	Senaryo 1 Mevcut Talep (%)	Senaryo 2 OECD Ortalaması (%)	Senaryo 3 TAYA 2011 (%)
İstanbul	0,29	5,7	9,8
Batı Marmara	0,17	3,4	14,9
Doğu Marmara	0,38	7,6	7,0
Ege	0,19	3,7	11,0
Akdeniz	0,24	4,7	10,6
Batı Anadolu	0,14	2,7	16,2
Orta Anadolu	0,11	2,3	10,3
Batı Karadeniz	0,17	3,3	8,6
Doğu Karadeniz	0,11	2,2	6,8
Kuzeydoğu Anadolu	0,08	1,7	5,5
Ortadoğu Anadolu	0,07	1,5	9,8
Güneydoğu Anadolu	0,04	0,8	8,3
Ankara	0,27	5,3	19,6
İzmir	0,62	12,3	16,5
<b>Türkiye</b>	<b>0,21</b>	<b>4,1</b>	<b>10,3</b>

Kaynak: OECD, 2013a ; ASPB, 2011

Projeksiyonlar bölümünde ayrıca evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olabilecek yaşlı nüfusun tamamının nakit yardım alması durumunda nasıl bir mali yük oluşacağına ilişkin bir tahmin geliştirilmeye çalışılmıştır.

### 5.3. Yatırım İhtiyacı Projeksiyonu:

Kalkınma Bakanlığı Yatırım Programlarından alınan verilere göre; ASPB'nin Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi adı altında mevcut durumda devam eden 34 adet inşaatı bulunmaktadır. Bu inşaatların toplamı 381.500 metrekare olup 3.790 yaşlıya hizmet verecek kapasitededir. Söz konusu yatırımın 2016 yılı ödeneği 40 milyon TL olmakla birlikte proje tutarı 403 milyon TL'dir. İlkesel olarak Kalkınma Bakanlığı tarafından huzurevleri için ortalama tamamlanma süresi üç yılı geçmeyecek şekilde planlanması gerekirken yatırım programında 10 yıllık inşaat stoku dikkat çekmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2016:324).

Yatırım stoku ve yıllık tahsisat arasında bu şekilde bir dengesizlik var iken tahsis edilen mütevazı kaynaklar dahi tam olarak kullanılamamaktadır. Örneğin Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2014 yılı sonu yatırım gerçekleşme oranı yüzde 44, bakanlığın genelinin yatırım gerçekleşme oranı ise yüzde 34'tür<sup>3</sup>. Söz konusu düşük rakam; huzurevleri konusunda ASPB'nin daha fazla yatırım yapma isteği ve Kalkınma Bakanlığının da yatırım konusunda desteği olmasına rağmen tahsis edilen kaynağın bakım hizmeti veren kuruluşlara dönüştürme kapasitesinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla yapılan projeksiyonlar sonucunda çıkan ihtiyaca denk düşen mali kaynak, bakımevlerinin inşaatına tahsis edilse bile ASPB'nin bu kaynağı kullanma kapasitesi, üzerinde ayrıca çalışılması gereken bir alandır.

Alternatif senaryolara göre kurumsal bakım hizmeti alacak yaşlılar için altyapı maliyetleri şu şekilde hesaplanmıştır:

Yatırım programındaki rakamlara göre ortalama huzurevi yatak kapasitesi 110, huzurevlerinde bir yaşlı için gereken altyapı maliyeti yaşlı başına 106,4 bin TL'dir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2016:324). Altyapı maliyeti için hesaplamalar yapılırken bu rakamlar temel alınmıştır.

Öncelikle yukarıda bahsedilen 3 senaryonun her birinde 2017 yılından itibaren kaç yaşlının huzurevinde kalma talebinde bulunacağı, sonrasında ihtiyaç duyulan ek huzurevi sayısı, ardından da huzurevlerinin inşa maliyetleri tahmin edilmiştir. 2017 yılı için hesaplama yapılırken mevcut kapasiteyi aşan talebin tamamı için gerekli altyapı harcamalarının 2017 yılı içerisinde yapılacağı varsayılmış, sonraki yıllarda ise yaşlı sayısında bir önceki yıla göre artış göz önünde tutularak o yıl için kaç huzurevi yapılması ve bunun maliyetinin ne kadar olacağı hesaplanmıştır.

Tablo 19'da her üç senaryoya göre huzurevinde kalmak için talepte bulunacak yaşlı sayısı ve ihtiyaç duyulan ek huzurevi adedi sunulmuştur. 2015 verilerine göre ASPB'ye bağlı 132 huzurevinde, 12.299 yaşlı kalmakta ve 7581 yaşlı ise sırada beklemektedir. Hâlihazırda sırada bekleyen grubun talebinin tamamının 2017'de altyapı yatırımları ile giderileceği varsayımında

(Senaryo 1) 2017 yılı için 74 huzurevi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. OECD ortalamasının (%4,1) baz alındığı Senaryo 2'ye göre 2017 yılı için ihtiyaç duyulan huzurevi sayısı 3.679'a, yaşlı nüfusun %10'unun huzurevinde kalmayı talep edeceği senaryoya göre ise 9.322'ye çıkmaktadır. Talep ile mevcut kapasite arasındaki farkın 2017 yılında kapatılması durumunda bile yaşlı nüfusun normal artış hızına göre Senaryo 3'te yılda ortalama 350 civarında ek huzurevi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 19. Farklı Senaryolarda Yıllara Göre Huzurevinde Kalmak İçin Talepte Bulunacak Yaşlı Sayısı ve İhtiyaç Duyulan Huzurevi Sayısı**

	2015 Mevcut Durum*		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Huzurevinde Kalmak İçin Talepte Bulunacak Yaşlı Sayısı**</b>									
Hizmet Talep Eden Kişi Sayısı (Kalan ve Sıra bekleyenler)	19.880	Senaryo 1	8.782	683	918	1.001	760	931	935
Huzurevinde Kalanlar	12.299	Senaryo 2	405.377	13.649	18.276	19.906	15.182	18.537	18.619
Huzurevinde Kalanlar	12.299	Senaryo 3	1.025.942	32.973	45.306	49.098	37.209	46.025	47.063
<b>İhtiyaç Duyulan Ek Huzurevi Sayısı</b>									
Huzurevi Sayısı	132	Senaryo 1	74	2	4	5	2	5	5
Huzurevi Sayısı	132	Senaryo 2	3.679	117	159	176	131	163	163
Huzurevi Sayısı	132	Senaryo 3	9.322	293	406	440	335	412	422

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015, Temmuz 2015.  
\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla ASPB huzurevlerinde kalan ve sıra bekleyen yaşlıların toplamı ile hizmet verilen huzurevi sayısını göstermektedir; \*\*İlgili yılda yeni oluşacak talebi göstermektedir.

Her üç senaryo için bölgeler bazında huzurevinde kalmak için talepte bulunacak yaşlı sayısı ve ihtiyaç duyulan huzurevi sayısı Tablo 20 ve 21'de sunulmuştur. Senaryo 1 ve Senaryo 2 varsayımlarında ağırlıklı İstanbul ve Ege bölgelerinde (özellikle İzmir) huzurevine daha yoğun bir talep bulunurken Senaryo 3'de Akdeniz bölgesi talebin en yüksek olduğu bölgedir. Kuzeydoğu Anadolu ise tüm senaryolarda talebin en düşük düzeyde olduğu bölgedir. Tablo 22'de ise bölgeler bazında altyapı maliyetleri yer almaktadır.

3 İlgili veri Kalkınma Bakanlığı uzmanları ile yapılan görüşmelerden derlenmiştir.



**Tablo 20. Yıllara Göre Huzurevinde Kalmak İçin Talepte Bulunacak Yaşlı Sayısı**  
**Senaryo 1: Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı**

	Durumda (Kişi Sayısı)						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	3.089	179	236	262	207	249	260
Batı Marmara	383	36	40	46	36	39	37
Ege	2.825	192	249	268	204	249	234
Doğu Marmara	603	73	91	102	78	92	89
Batı Anadolu	727	81	108	117	92	114	116
Akdeniz	514	54	82	88	64	82	86
Orta Anadolu	131	15	25	25	15	21	22
Batı Karadeniz	264	27	45	51	32	40	41
Doğu Karadeniz	71	12	18	19	13	17	19
Kuzeydoğu Anadolu	34	3	5	5	4	6	6
Ortadoğu Anadolu	42	5	9	9	7	11	12
Güneydoğu Anadolu	99	6	10	9	8	11	13
Ankara	662	73	96	104	82	98	103
İzmir	2.319	148	175	187	153	180	170
<b>Toplam*</b>	<b>8.782</b>	<b>683</b>	<b>918</b>	<b>1.001</b>	<b>760</b>	<b>931</b>	<b>935</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 2: 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Kişi Sayısı)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	86.546	3.555	4.685	5.189	4.103	4.944	5.161
Batı Marmara	20.618	732	801	913	716	781	734
Ege	121.070	3.814	4.948	5.322	4.058	4.945	4.649
Doğu Marmara	37.471	1.455	1.818	2.020	1.564	1.823	1.766
Batı Anadolu	44.509	1.606	2.154	2.319	1.840	2.259	2.308
Akdeniz	32.482	1.085	1.625	1.749	1.277	1.633	1.711
Orta Anadolu	12.330	313	496	499	315	429	437
Batı Karadeniz	26.697	545	902	1.015	640	793	826
Doğu Karadeniz	10.142	255	367	385	263	337	391
Kuzeydoğu Anadolu	3.829	60	99	115	84	136	123
Ortadoğu Anadolu	4.961	109	183	189	155	224	244
Güneydoğu Anadolu	4.722	120	198	191	167	233	269
Ankara	34.525	1.451	1.901	2.060	1.641	1.955	2.053
İzmir	79.840	2.944	3.481	3.712	3.035	3.568	3.381
<b>Toplam*</b>	<b>405.377</b>	<b>13.649</b>	<b>18.276</b>	<b>19.906</b>	<b>15.182</b>	<b>18.537</b>	<b>18.619</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Kişi Sayısı)**

Senaryo 3	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	150.546	6.143	8.096	8.967	7.090	8.545	8.919
Batı Marmara	91.457	3.165	3.467	3.951	3.098	3.379	3.175
Ege	111.491	3.521	4.567	4.912	3.746	4.564	4.291
Doğu Marmara	113.361	4.300	5.373	5.970	4.622	5.386	5.219
Batı Anadolu	102.099	3.613	4.844	5.217	4.139	5.081	5.191
Akdeniz	198.897	6.453	9.657	10.394	7.593	9.710	10.169
Orta Anadolu	57.989	1.425	2.259	2.274	1.437	1.957	1.992
Batı Karadeniz	71.868	1.431	2.368	2.662	1.680	2.079	2.167
Doğu Karadeniz	32.181	786	1.132	1.187	810	1.038	1.204
Kuzeydoğu Anadolu	13.114	202	329	383	280	454	411
Ortadoğu Anadolu	34.238	725	1.222	1.257	1.034	1.492	1.626
Güneydoğu Anadolu	48.701	1.209	1.992	1.924	1.680	2.340	2.699
Ankara	130.655	5.364	7.027	7.614	6.067	7.225	7.589
İzmir	108.019	3.960	4.682	4.994	4.083	4.800	4.549
<b>Toplam*</b>	<b>1.025.942</b>	<b>32.973</b>	<b>45.306</b>	<b>49.098</b>	<b>37.209</b>	<b>46.025</b>	<b>47.063</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Yıllara Göre İhtiyaç Duyulan Yeni Huzurevi Sayısı**

**Senaryo 1: Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı Durumda (Adet)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	28	1	2	2	1	2	2
Batı Marmara	3	-	-	-	-	-	-
Ege	25	1	2	2	1	2	2
Doğu Marmara	5	-	-	-	-	-	-
Batı Anadolu	6	-	-	1	-	1	1
Akdeniz	4	-	-	-	-	-	-
Orta Anadolu	1	-	-	-	-	-	-
Batı Karadeniz	2	-	-	-	-	-	-
Doğu Karadeniz	-	-	-	-	-	-	-
Kuzeydoğu Anadolu	-	-	-	-	-	-	-
Ortadoğu Anadolu	-	-	-	-	-	-	-
Güneydoğu Anadolu	-	-	-	-	-	-	-
Ankara	6	-	-	-	-	-	-
İzmir	21	1	1	1	1	1	1
<b>Toplam*</b>	<b>74</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.



**Senaryo 2: 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Adet)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	786	32	42	47	37	44	46
Batı Marmara	187	6	7	8	6	7	6
Ege	1.100	34	44	48	36	44	42
Doğu Marmara	340	13	16	18	14	16	16
Batı Anadolu	404	14	19	21	16	20	20
Akdeniz	295	9	14	15	11	14	15
Orta Anadolu	112	2	4	4	2	3	3
Batı Karadeniz	242	4	8	9	5	7	7
Doğu Karadeniz	92	2	3	3	2	3	3
Kuzeydoğu Anadolu	34	-	-	1	-	1	1
Ortadoğu Anadolu	45	-	1	1	1	2	2
Güneydoğu Anadolu	42	1	1	1	1	2	2
Ankara	313	13	17	18	14	17	18
İzmir	725	26	31	33	27	32	30
<b>Toplam*</b>	<b>3.679</b>	<b>117</b>	<b>159</b>	<b>176</b>	<b>131</b>	<b>163</b>	<b>163</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Adet)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	1.368	55	73	81	64	77	81
Batı Marmara	831	28	31	35	28	30	28
Ege	1.013	32	41	44	34	41	39
Doğu Marmara	1.030	39	48	54	42	48	47
Batı Anadolu	928	32	44	47	37	46	47
Akdeniz	1.808	58	87	94	69	88	92
Orta Anadolu	527	12	20	20	13	17	18
Batı Karadeniz	653	13	21	24	15	18	19
Doğu Karadeniz	292	7	10	10	7	9	10
Kuzeydoğu Anadolu	119	1	2	3	2	4	3
Ortadoğu Anadolu	311	6	11	11	9	13	14
Güneydoğu Anadolu	442	10	18	17	15	21	24
Ankara	1.187	48	63	69	55	65	68
İzmir	981	36	42	45	37	43	41
<b>Toplam*</b>	<b>9.322</b>	<b>293</b>	<b>406</b>	<b>440</b>	<b>335</b>	<b>412</b>	<b>422</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Tablo 22. Yıllara Göre Altyapı Maliyetleri**  
**Senaryo 1: Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı Durumda (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	329	19	25	28	22	26	28
Batı Marmara	41	4	4	5	4	4	4
Ege	301	20	26	29	22	26	25
Doğu Marmara	64	8	10	11	8	10	9
Batı Anadolu	77	9	11	12	10	12	12
Akdeniz	55	6	9	9	7	9	9
Orta Anadolu	14	2	3	3	2	2	2
Batı Karadeniz	28	3	5	5	3	4	4
Doğu Karadeniz	8	1	2	2	1	2	2
Kuzeydoğu Anadolu	4		1	1		1	1
Ortadoğu Anadolu	4	1	1	1	1	1	1
Güneydoğu Anadolu	11	1	1	1	1	1	1
Ankara	70	8	10	11	9	10	11
İzmir	247	16	19	20	16	19	18
<b>Toplam*</b>	<b>934</b>	<b>73</b>	<b>98</b>	<b>107</b>	<b>81</b>	<b>99</b>	<b>99</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 2: 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	9 208	378	498	552	437	526	549
Batı Marmara	2 194	78	85	97	76	83	78
Ege	12 882	406	526	566	432	526	495
Doğu Marmara	3 987	155	193	215	166	194	188
Batı Anadolu	4 736	171	229	247	196	240	246
Akdeniz	3 456	115	173	186	136	174	182
Orta Anadolu	1 312	33	53	53	34	46	46
Batı Karadeniz	2 841	58	96	108	68	84	88
Doğu Karadeniz	1 079	27	39	41	28	36	42
Kuzeydoğu Anadolu	407	6	11	12	9	14	13
Ortadoğu Anadolu	528	12	19	20	16	24	26
Güneydoğu Anadolu	502	13	21	20	18	25	29
Ankara	3 673	154	202	219	175	208	218
İzmir	8 495	313	370	395	323	380	360
<b>Toplam*</b>	<b>43.132</b>	<b>1.452</b>	<b>1.945</b>	<b>2.118</b>	<b>1.615</b>	<b>1.972</b>	<b>1.981</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	16 018	654	861	954	754	909	949
Batı Marmara	9 731	337	369	420	330	360	338
Ege	11 863	375	486	523	399	486	457
Doğu Marmara	12 062	458	572	635	492	573	555
Batı Anadolu	10 863	384	515	555	440	541	552
Akdeniz	21 163	687	1 028	1 106	808	1 033	1 082
Orta Anadolu	6 170	152	240	242	153	208	212
Batı Karadeniz	7 647	152	252	283	179	221	231
Doğu Karadeniz	3 424	84	120	126	86	110	128
Kuzeydoğu Anadolu	1 395	21	35	41	30	48	44
Ortadoğu Anadolu	3 643	77	130	134	110	159	173
Güneydoğu Anadolu	5 182	129	212	205	179	249	287
Ankara	13 902	571	748	810	646	769	807
İzmir	11 493	421	498	531	434	511	484
<b>Toplam*</b>	<b>109.160</b>	<b>3.508</b>	<b>4.821</b>	<b>5.224</b>	<b>3.959</b>	<b>4.897</b>	<b>5.008</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

Altyapı yatırımlarının maliyetine ilişkin genel bir değerlendirme yapmak açısından her üç senaryonun maliyetini 2015 yılındaki ASPB bütçesi ile karşılaştırmak rakamları daha anlaşılır kılacaktır. 2015 yılı bütçesinde toplam merkezi yönetim bütçesi 473.000.000.000 TL olarak ASPB bütçesi ise 18.249.634.000 TL olarak belirlenmiştir (T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2016). ASPB için toplam kamu bütçesinin yüzde 3,9'u ayrılmıştır. Tablo 23'te görüleceği gibi altyapı maliyetleri, senaryolar arasında huzurevlerinde kalacağı öngörülen yaşlı oranlarının değişiklik göstermesi nedeniyle önemli farklılıklar göstermektedir. Birinci senaryoda olduğu gibi huzurevinde kalmak üzere sırada bekleyenler için ek huzurevleri yapılması durumunda 2017 yılı için altyapı maliyeti ASPB bütçesinin yüzde 5,1'ine denk gelmekte, sonraki yıllar için yaklaşık olarak yüzde 0,5 seviyesinde seyretmektedir. İkinci senaryoda olduğu gibi huzurevlerinde kalacak yaşlı oranının OECD ülkelerinin ortalaması olan yüzde 4,1 seviyesine çıkması durumunda ihtiyaç duyulan huzurevleri için altyapı maliyeti 2017 yılı için ASPB bütçesinin 2,3 katına çıkmakta, takibeden yıllar için ise ASPB bütçesinin yaklaşık yüzde 10'u civarına denk gelmektedir. Üçüncü senaryoda olduğu gibi Türkiye'de yaşlı nüfusun yüzde 10,3'ünün huzurevinde kalması durumunda ihtiyaç duyulan altyapı maliyeti 2017 yılı için ASPB bütçesinin 6 katına çıkmakta, sonraki yıllarda da bütçenin yaklaşık dörtte birini gerektirmektedir.

**Tablo 23. Farklı Senaryolara Göre Altyapı Yatırım Maliyetleri ve ASPB 2015 Bütçesine Oranı**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Altyapı Yatırım Maliyetleri (Milyon TL)</b>							
Senaryo 1	934	73	98	107	81	99	99
Senaryo 2	43.132	1.452	1.945	2.118	1.615	1.972	1.981
Senaryo 3	109.160	3.508	4.821	5.224	3.959	4.897	5.008
<b>Altyapı Yatırım Maliyetleri ve ASPB Bütçesine Oranı (Yüzde)</b>							
Senaryo 1	5,1	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5
Senaryo 2	236,3	8,0	10,7	11,6	8,9	10,8	10,9
Senaryo 3	598,2	19,2	26,4	28,6	21,7	26,8	27,4

#### 5.4. Cari Harcamaların Projeksiyonu

ASPB'den alınan verilere göre ayrıca cari harcamaların projeksiyonu yapılmıştır. Türkiye ortalaması için yapılan nüfus projeksiyonları; bugünkü hizmet modelinin ve kalitesinin verili olduğu bir durumun geleceğe yönelik projekte edilmiş halidir. Bugünkü hizmet modelinde oda başına düşen yaşlı sayısı, her odada bir yaşlı kalması durumunda ortaya çıkacak harcama, her odada iki yaşlı kalması durumunda ortaya çıkacak harcama gibi alternatifli senaryolar, mevcut veri kısıtları dolayısıyla değerlendirilememiştir.

ASPB'den alınan verilere göre Aralık 2015 itibarıyla huzurevindeki sakin sayısı 12.299'dur. 2015 yılı itibarıyla yıllık toplam harcama ise 422.023.039 TL'dir. Buna göre 2015 yılı için yaşlı başına yıllık harcama miktarı 34.313 TL iken aylık harcama miktarı 2.859 TL düzeyindedir. Bu rakam huzurevlerinin elektrik, su, doğalgaz gibi masrafları, kadrolu ve sözleşmeli çalışanların maaşları, hizmet alımları, sarf malzemeleri, mobilya, makine teçhizat ve benzeri harcamalarından oluşmaktadır.

**Tablo 24. 2015 İtibarıyla ASPB Huzurevlerindeki Cari Harcama Kalemleri Dağılımı**

Harcama Kalemleri	Yüzde
<b>MAL VE HİZMET ALIM GİDERİ</b>	<b>76,8</b>
Hizmet Alımları	48,9
Müteahhitlik Hizmetleri	30,7
Temizlik Hizmetleri	12,1
Diğer	6,1
Tüketime Yönelik Mal ve Hizmet Alımı	26,5
Yiyecek-içecek alımı	16,3
Enerji alımı	5,6
Diğer	4,6
<b>PERSONEL GİDERİ</b>	<b>20,3</b>
<b>DİĞER</b>	<b>2,9</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>100,0</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, 2015

Söz konusu harcamaların dağılımının yer aldığı Tablo 24'te Hizmet Alımları bu kalemler arasındaki en yüksek kalemdir. Bunun içinde de müteahhitlik<sup>4</sup> (yüzde 31) ve temizlik (yüzde 12) en büyük harcama bileşenlerini oluşturmaktadır. Tüketime yönelik giderlerde ise yiyecek-içecek (yüzde 16), enerji alımı (yüzde 6) önemli yer tutmaktadır. Özellikle çalışanlara ait rakamlar hizmet alımı, sözleşmeli ve kadrolu şeklinde çok parçalı bir yapı arz ettiğinden ortalama personel gideri adına bir hesaplama yapmak sağlıklı görülmemektedir.

Bölgeler bazında cari harcama tutarları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin İstanbul ve Ege bölgelerinde yıllık 29 bin TL civarındaki kişi başı cari maliyet, Ortadoğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde 40 bin TL'nin üzerine çıkmaktadır. Bu farklılıklar yönetsel nitelik farkları, mevsimsel güçlüklerden kaynaklanan harcamalar, huzurevlerinin ortalama bina yaşı ve dolayısıyla gereksinim duyduğu bakım harcaması, huzurevlerinin ortalama büyüklüğü ve dolayısıyla ölçek ekonomisinden kaynaklanan farklılıklar gibi pek çok nedenden etkilenebilmektedir. Mevcut veriler, bu detayda sağlıklı bir analiz yapmayı mümkün kılamamakla birlikte mevcut durumun aynen devam etmesi durumunda nasıl bir mali yük oluşabileceğini göstermek adına bölgeler bazında oluşacak mali yük gösterilmiştir. Dolayısıyla ilerleyen bölümde bölge ve personel gideri ayrıştırmasında sunulan harcama projeksiyonları yukarıda sıralanan hususlar göz önünde bulundurularak ihtiyatla değerlendirilmelidir.

Buna göre bölgeler itibarıyla "toplam cari harcama", "personel harcamaları" ve personel harcamaları dışında kalan "diğer harcamalar" başlıklarında yapılan projeksiyonlar Tablo 25, 26 ve 27'de sunulmuştur:

**Tablo 25. Yıllara Göre "Toplam Cari Harcama" Maliyeti**

**Senaryo 1 – Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı Durumda (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	133	138	145	153	159	167	174
Batı Marmara	35	36	37	39	40	41	43
Ege	204	210	218	227	233	241	249
Doğu Marmara	58	60	62	65	68	71	73
Batı Anadolu	79	81	85	89	92	96	100
Akdeniz	72	75	78	82	85	88	92
Orta Anadolu	25	25	26	27	28	29	29
Batı Karadeniz	56	57	59	61	62	64	65
Doğu Karadeniz	20	20	21	22	22	23	24
Kuzeydoğu Anadolu	8	8	8	8	8	9	9
Ortadoğu Anadolu	11	12	12	12	13	13	14
Güneydoğu Anadolu	12	13	13	14	14	15	16
Ankara	84	87	92	97	100	105	110
İzmir	114	118	123	128	132	137	142
<b>Toplam*</b>	<b>712</b>	<b>734</b>	<b>765</b>	<b>799</b>	<b>824</b>	<b>856</b>	<b>887</b>

4 Müteahhitlik Hizmetleri kapsamında yardımcı hizmetler sınıfına dâhil personel tarafından yerine getirilmesi gereken ve üçüncü şahıslara ihale yoluyla görürülen asansör, kalorifer gibi tesisatın işlenmesi, güvenlik hizmetleri ve yemeğe ilişkin servis hizmetleri yer almaktadır.

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 2- 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	2 628	2 735	2 875	3 030	3 153	3 301	3 455
Batı Marmara	691	714	740	770	793	818	842
Ege	4 032	4 156	4 316	4 488	4 620	4 780	4 931
Doğu Marmara	1 142	1 184	1 238	1 297	1 343	1 397	1 449
Batı Anadolu	1 559	1 613	1 686	1 765	1 827	1 903	1 981
Akdeniz	1 432	1 478	1 548	1 622	1 676	1 746	1 819
Orta Anadolu	487	499	518	537	549	565	581
Batı Karadeniz	1 105	1 126	1 162	1 202	1 228	1 259	1 292
Doğu Karadeniz	393	402	416	430	440	452	467
Kuzeydoğu Anadolu	152	155	158	163	166	171	176
Ortadoğu Anadolu	226	231	239	247	254	264	274
Güneydoğu Anadolu	248	254	264	274	282	294	308
Ankara	1 661	1 728	1 817	1 913	1 989	2 080	2 176
İzmir	2 255	2 337	2 433	2 535	2 619	2 718	2 811
<b>Toplam*</b>	<b>14 094</b>	<b>14 547</b>	<b>15 159</b>	<b>15 825</b>	<b>16 330</b>	<b>16 950</b>	<b>17 574</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	4 542	4 726	4 968	5 236	5 448	5 704	5 971
Batı Marmara	2 986	3 089	3 201	3 329	3 430	3 539	3 642
Ege	3 722	3 836	3 984	4 143	4 265	4 412	4 551
Doğu Marmara	3 373	3 499	3 657	3 833	3 969	4 127	4 281
Batı Anadolu	3 506	3 628	3 792	3 968	4 108	4 280	4 456
Akdeniz	8 512	8 786	9 197	9 639	9 962	10 375	10 808
Orta Anadolu	2 218	2 272	2 357	2 443	2 498	2 572	2 648
Batı Karadeniz	2 897	2 954	3 048	3 153	3 220	3 302	3 388
Doğu Karadeniz	1 208	1 237	1 279	1 323	1 353	1 392	1 436
Kuzeydoğu Anadolu	506	514	527	541	552	569	585
Ortadoğu Anadolu	1 504	1 536	1 589	1 644	1 689	1 754	1 825
Güneydoğu Anadolu	2 484	2 545	2 646	2 744	2 830	2 949	3 086
Ankara	6 138	6 387	6 715	7 069	7 352	7 688	8 042
İzmir	3 034	3 143	3 273	3 410	3 523	3 656	3 782
<b>Toplam*</b>	<b>37 458</b>	<b>38 622</b>	<b>40 246</b>	<b>41 998</b>	<b>43 323</b>	<b>44 976</b>	<b>46 676</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Tablo 26. Yıllara Göre “Personel Harcama” Maliyeti****Senaryo 1 – Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı Durumda (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	28	29	30	32	33	35	37
Batı Marmara	7	7	8	8	8	8	9
Ege	39	40	42	44	45	46	48
Doğu Marmara	11	12	12	13	13	14	14
Batı Anadolu	16	16	17	18	19	19	20
Akdeniz	15	15	16	16	17	18	18
Orta Anadolu	5	5	6	6	6	6	6
Batı Karadeniz	11	11	12	12	12	13	13
Doğu Karadeniz	4	4	4	4	4	4	4
Kuzeydoğu Anadolu	1	1	1	1	1	1	1
Ortadoğu Anadolu	4	4	4	4	4	4	5
Güneydoğu Anadolu	3	3	3	4	4	4	4
Ankara	17	18	19	20	20	21	22
İzmir	19	20	21	22	23	23	24
<b>Toplam*</b>	<b>144</b>	<b>149</b>	<b>155</b>	<b>162</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>180</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 2- 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	550	572	602	634	660	691	723
Batı Marmara	140	144	150	156	160	165	170
Ege	777	801	831	865	890	921	950
Doğu Marmara	223	231	242	253	262	273	283
Batı Anadolu	315	326	341	357	369	385	400
Akdeniz	288	297	311	326	337	351	366
Orta Anadolu	105	107	112	116	118	122	125
Batı Karadeniz	219	223	230	238	243	250	256
Doğu Karadeniz	75	76	79	82	84	86	89
Kuzeydoğu Anadolu	23	23	24	24	25	26	26
Ortadoğu Anadolu	74	75	78	80	83	86	89
Güneydoğu Anadolu	65	66	69	71	74	77	80
Ankara	336	349	367	387	402	421	440
İzmir	385	399	416	433	448	464	480
<b>Toplam*</b>	<b>2 852</b>	<b>2 944</b>	<b>3 068</b>	<b>3 203</b>	<b>3 305</b>	<b>3 431</b>	<b>3 558</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	951	989	1 040	1 096	1 141	1 194	1 250
Batı Marmara	603	624	647	673	693	715	736
Ege	717	739	767	798	821	850	877
Doğu Marmara	659	684	714	749	775	806	836
Batı Anadolu	709	733	766	802	830	865	901
Akdeniz	1 712	1 767	1 849	1 938	2 003	2 086	2 173
Orta Anadolu	478	489	508	526	538	554	570
Batı Karadeniz	574	586	604	625	639	655	672
Doğu Karadeniz	230	235	243	252	257	265	273
Kuzeydoğu Anadolu	76	77	79	81	82	85	87
Ortadoğu Anadolu	490	500	517	535	550	571	594
Güneydoğu Anadolu	647	663	690	715	738	769	804
Ankara	1 241	1 291	1 357	1 429	1 486	1 554	1 625
İzmir	518	537	559	583	602	625	646
<b>Toplam*</b>	<b>7 845</b>	<b>8 087</b>	<b>8 426</b>	<b>8 791</b>	<b>9 068</b>	<b>9 415</b>	<b>9 774</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Tablo 27. Yıllara Göre “Diğer Harcama” Maliyeti****Senaryo 1 – Mevcut Durumda Huzurevinde Kalan ve Sırada Bekleyenlerin Oranları Aynı Kaldığı Durumda (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	105	109	115	121	126	132	138
Batı Marmara	28	29	30	31	32	33	34
Ege	164	169	176	183	188	195	201
Doğu Marmara	46	48	50	53	55	57	59
Batı Anadolu	63	65	68	71	74	77	80
Akdeniz	58	60	62	65	68	70	73
Orta Anadolu	19	20	21	21	22	22	23
Batı Karadeniz	45	46	47	49	50	51	52
Doğu Karadeniz	16	16	17	18	18	18	19
Kuzeydoğu Anadolu	7	7	7	7	7	7	8
Ortadoğu Anadolu	8	8	8	8	9	9	9
Güneydoğu Anadolu	9	9	10	10	11	11	11
Ankara	67	70	73	77	80	84	88
İzmir	94	98	102	106	110	114	118
<b>Toplam*</b>	<b>568</b>	<b>586</b>	<b>610</b>	<b>637</b>	<b>658</b>	<b>683</b>	<b>708</b>



\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 2- 21 OECD Ülkesinde Kurumsal Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Oran Ortalaması (%4,1) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	2 078	2 162	2 273	2 396	2 493	2 610	2 732
Batı Marmara	551	570	591	614	633	653	672
Ege	3 256	3 355	3 485	3 624	3 730	3 859	3 981
Doğu Marmara	919	953	996	1 044	1 081	1 124	1 166
Batı Anadolu	1 244	1 287	1 345	1 408	1 458	1 519	1 581
Akdeniz	1 144	1 181	1 236	1 296	1 339	1 395	1 453
Orta Anadolu	382	391	406	421	430	443	456
Batı Karadeniz	886	903	932	964	984	1 009	1 036
Doğu Karadeniz	318	326	337	348	356	366	378
Kuzeydoğu Anadolu	130	132	135	139	141	146	150
Ortadoğu Anadolu	152	156	161	167	171	178	185
Güneydoğu Anadolu	183	188	195	202	209	217	227
Ankara	1 325	1 379	1 450	1 526	1 587	1 660	1 736
İzmir	1 870	1 937	2 017	2 102	2 172	2 253	2 331
<b>Toplam*</b>	<b>11 242</b>	<b>11 604</b>	<b>12 092</b>	<b>12 622</b>	<b>13 025</b>	<b>13 519</b>	<b>14 016</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

**Senaryo 3: TAYA 2011'e Göre Kurum Bazlı Bakım Hizmeti Almak İsteyenlerin Oranı (%10,3) Baz Alındığında (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	3 591	3 737	3 928	4 140	4 308	4 510	4 721
Batı Marmara	2 383	2 465	2 554	2 656	2 736	2 824	2 906
Ege	3 005	3 097	3 217	3 345	3 443	3 562	3 675
Doğu Marmara	2 714	2 816	2 943	3 084	3 194	3 321	3 444
Batı Anadolu	2 797	2 895	3 026	3 166	3 278	3 415	3 555
Akdeniz	6 800	7 019	7 348	7 701	7 959	8 289	8 635
Orta Anadolu	1 740	1 782	1 849	1 917	1 960	2 018	2 077
Batı Karadeniz	2 322	2 368	2 443	2 528	2 581	2 648	2 716
Doğu Karadeniz	978	1 002	1 036	1 072	1 096	1 127	1 163
Kuzeydoğu Anadolu	431	437	448	460	470	484	498
Ortadoğu Anadolu	1 014	1 035	1 071	1 108	1 139	1 183	1 231
Güneydoğu Anadolu	1 836	1 882	1 957	2 029	2 092	2 180	2 282
Ankara	4 897	5 096	5 358	5 640	5 866	6 134	6 416
İzmir	2 515	2 606	2 713	2 828	2 921	3 031	3 135
<b>Toplam*</b>	<b>29 613</b>	<b>30 535</b>	<b>31 820</b>	<b>33 207</b>	<b>34 256</b>	<b>35 561</b>	<b>36 902</b>

\*Ankara ve İzmir illeri Batı Anadolu ve Ege bölgeleri içinde sayıldığından toplama dâhil edilmemiştir.

Tablo 28 ve 29'da farklı senaryolara göre cari harcama maliyetleri ve 2015 ASPB bütçesine oranı sunulmaktadır. 2015 yılında ASPB bütçesinin %2,3'ünü oluşturan 422 milyar TL'lik ASPB huzurevi cari harcama tutarının, birinci senaryoya (mevcut durumun devam etmesi) göre yaklaşık iki kat artacağı öngörülmektedir.

İkinci senaryoya (OECD ortalaması) göre huzurevi cari harcamalarının ASPB bütçesinin neredeyse tamamına denk geleceği, üçüncü senaryoya (TAYA sonuçlarına) göre ise mevcut ASPB bütçesinin iki katından daha büyük bir bütçe gerektireceği görülmektedir. Personel harcamaları ise toplam cari maliyetlerin yaklaşık yüzde 20'sini, diğer harcamalar ise yüzde 80'ini oluşturacaktır.

**Tablo 28. Farklı Senaryolara Göre Cari Harcama Maliyetleri (Milyon TL)**

	2015 Mevcut Durum*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Toplam Cari Harcama</b>	<b>422</b>							
Senaryo 1		712	734	765	799	824	856	887
Senaryo 2		14.094	14.547	15.159	15.825	16.330	16.950	17.574
Senaryo 3		37.458	38.622	40.246	41.998	43.323	44.976	46.676
<b>Personel Harcama</b>	<b>86</b>							
Senaryo 1		144	149	155	162	167	173	180
Senaryo 2		2.852	2.944	3.068	3.203	3.305	3.431	3.558
Senaryo 3		7.845	8.087	8.426	8.791	9.068	9.415	9.774
<b>Diğer Harcama</b>	<b>336</b>							
Senaryo 1		568	586	610	637	658	683	708
Senaryo 2		11.242	11.604	12.092	12.622	13.025	13.519	14.016
Senaryo 3		29.613	30.535	31.820	33.207	34.256	35.561	36.902

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015.

\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla ASPB huzurevleri cari harcamalarını göstermektedir.

**Tablo 29. Farklı Senaryolara Göre Cari Harcama Maliyetlerinin ASPB 2015 Bütçesine Oranı (Yüzde)**

	2015 Mevcut Durum*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Toplam Cari Harcama</b>	2,3							
Senaryo 1		3,9	4,0	4,2	4,4	4,5	4,7	4,9
Senaryo 2		77,2	79,7	83,1	86,7	89,5	92,9	96,3
Senaryo 3		205,3	211,6	220,5	230,1	237,4	246,4	255,8
<b>Personel Harcama</b>	0,5							
Senaryo 1		0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Senaryo 2		15,6	16,1	16,8	17,5	18,1	18,8	19,5
Senaryo 3		43,0	44,3	46,2	48,2	49,7	51,6	53,6
<b>Diğer Harcama</b>	1,8							
Senaryo 1		3,1	3,2	3,3	3,5	3,6	3,7	3,9
Senaryo 2		61,6	63,6	66,3	69,2	71,4	74,1	76,8
Senaryo 3		162,3	167,3	174,4	182,0	187,7	194,9	202,2

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015.

\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla ASPB huzurevleri cari harcamalarının 2015 ASPB bütçesine oranını göstermektedir.

### 5.5. Evde Bakım Yardımı Projeksiyonu

Bu bölümde potansiyel olarak evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olabilecek yaşlı nüfusun tamamının nakit yardım alması durumunda nasıl bir mali yük oluşacağına ilişkin bir tahmin geliştirilmeye çalışılmıştır. Hâlihazırda evde bakım yardımı, hanehalkı gelir düzeyi kişi başı aylık asgari ücretin 2/3'ünden az olan ve en az yüzde 50 engelli raporu olan bireylere yapılmaktadır. Bu çalışma kapsamında evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olan yaşlıların oranı belirlenirken 2008 TNSA verisinde yaşlıların yaşadıkları hanelerin refah düzeyi ve sağlık durumları göz önünde tutulmuştur. TNSA-2008'de görüşme yapılan haneler refah düzeyleri açısından yüzde 20'lik dilimlere ayrılmıştır. Araştırma kapsamında, 60 yaş ve üzerindeki kişilerin gündelik hayatlarını etkileyen bir sağlık sorunlarının olup olmadığı bilgisi de toplanmıştır (HÜNEE, 2009). En yoksul hanelerde yaşayan ve gündelik hayatını etkileyen bir sağlık sorunu olan kişiler bu çalışma kapsamında evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olan potansiyel talebi göstermektedir.

Tablo 30'da yaş gruplarına göre İBBS Düzey-1 12 bölge ve Türkiye genelinde evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olabilecek kişilerin yüzdesi sunulmuştur. TNSA-2008 Ankara ve İzmir için temsil edici bir örneklem büyüklüğüne sahip olmadığından bu iller için hesaplama yapılmamıştır. Türkiye genelinde en düşük yüzde 20'lik gelir grubunda yaşayan yaşlıların

yüzde 14,8'i evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisindeyken, Güneydoğu Anadolu bölgesinde en düşük gelir grubundaki her dört yaşlıdan biri bakım yardımı alma ihtiyacı içerisindeyken Akdeniz bölgesinde bu oran yüzde 7 seviyesindedir. Beklendiği üzere Türkiye genelinde ve tüm bölgelerde yaş arttıkça evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olanların yüzdesi artmaktadır; örneğin Türkiye genelinde 60-69 yaş grubundaki görece genç yaşlıların yüzde 11'i evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisindeyken, bu oran 80 yaş ve üzerindeki yaşlılarda yüzde 29'a çıkmaktadır.

**Tablo 30. Gelir Seviyesi En Düşük Yüzde 20'lik Dilimdeki Hanelerde Yaşayan ve Evde Bakım Yardımı Alma İhtiyacı Duyabilecek Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İBBS Düzey-1'de Yaşlı Nüfus İçindeki Oranı**

	60-69 (%)	70-79(%)	80 ve üzeri (%)	Toplam (%)
İstanbul	9,6	11,6	34,4	14,1
Batı Marmara	10,7	15,5	29,6	14,6
Ege	9,9	10,9	27,4	12,4
Doğu Marmara	7,7	14,2	27,5	12,3
Batı Anadolu	6,1	3,4	22,2	7,1
Akdeniz	13,4	18,5	33,3	16,8
Orta Anadolu	13,2	15,0	13,8	13,9
Batı Karadeniz	13,3	18,5	23,1	16,6
Doğu Karadeniz	9,6	18,6	45,5	17,2
Kuzeydoğu Anadolu	13,8	18,6	35,7	18,3
Ortadoğu Anadolu	14,3	25,5	21,1	19,0
Güneydoğu Anadolu	16,8	35,5	34,2	25,1
<b>Genel Toplam</b>	<b>11,0</b>	<b>15,7</b>	<b>28,7</b>	<b>14,8</b>

Kaynak: HÜNEE, 2009

Tablo 31'de TNSA-2008'den elde edilen oranlara göre İBBS Düzey-1'deki bölgelerde evde bakım yardımı alma ihtiyacı içerisinde olabilecek yaşlı sayıları, Tablo 32'de ise bu talebin karşılanması durumunda oluşabilecek mali yük sunulmaktadır. Hesaplamalar yapılırken evde bakım yardımı için 2015 yılı için belirlenen kişi başı aylık 830,84 TL'lik ödeme temel alınmıştır.

**Tablo 31. İBBS Düzey-1'de Evde Bakım Yardımı Alabilecek Yaşlı Sayısı (Kişi Sayısı)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	219 235	228 103	239 789	252 733	262 967	275 301	288 174
Batı Marmara	91 963	95 122	98 582	102 525	105 617	108 990	112 159
Ege	204 360	210 620	218 741	227 475	234 135	242 251	249 880
Doğu Marmara	128 127	132 930	138 931	145 599	150 763	156 779	162 608
Batı Anadolu	69 879	72 314	75 578	79 094	81 883	85 308	88 806
Akdeniz	207 554	214 248	224 267	235 049	242 926	252 999	263 549
Orta Anadolu	78 687	80 604	83 643	86 702	88 635	91 268	93 947
Batı Karadeniz	139 172	141 900	146 414	151 489	154 693	158 658	162 788
Doğu Karadeniz	80 013	81 941	84 716	87 627	89 614	92 159	95 110
Kuzeydoğu Anadolu	44 096	44 767	45 861	47 136	48 068	49 576	50 943
Ortadoğu Anadolu	66 972	68 383	70 759	73 203	75 214	78 115	81 276
Güneydoğu Anadolu	147 716	151 373	157 399	163 219	168 301	175 379	183 542
<b>Toplam</b>	<b>1 477 774</b>	<b>1 522 305</b>	<b>1 584 680</b>	<b>1 651 851</b>	<b>1 702 816</b>	<b>1 766 783</b>	<b>1 832 782</b>

**Tablo 32. İBBS Düzey-1'de Evde Bakım Yardımının Maliyeti (Milyon TL)**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
İstanbul	2 186	2 274	2 391	2 520	2 622	2 745	2 873
Batı Marmara	917	948	983	1 022	1 053	1 087	1 118
Ege	2 037	2 100	2 181	2 268	2 334	2 415	2 491
Doğu Marmara	1 277	1 325	1 385	1 452	1 503	1 563	1 621
Batı Anadolu	697	721	754	789	816	851	885
Akdeniz	2 069	2 136	2 236	2 343	2 422	2 522	2 628
Orta Anadolu	785	804	834	864	884	910	937
Batı Karadeniz	1 388	1 415	1 460	1 510	1 542	1 582	1 623
Doğu Karadeniz	798	817	845	874	893	919	948
Kuzeydoğu Anadolu	440	446	457	470	479	494	508
Ortadoğu Anadolu	668	682	705	730	750	779	810
Güneydoğu Anadolu	1 473	1 509	1 569	1 627	1 678	1 749	1 830
<b>Toplam</b>	<b>14 734</b>	<b>15 178</b>	<b>15 799</b>	<b>16 469</b>	<b>16 977</b>	<b>17 615</b>	<b>18 273</b>

Tablo 33'te evde bakım yardımı alabilecek kişi sayısı, toplam maliyet ve ASPB bütçesine oranı yer almaktadır. Hesaplamalara göre 2015'te 464 bin kişinin yararlandığı evde bakım yardımının Türkiye'de en yoksul yüzde 20'lik dilimde yer alan hanelerde yaşayan ve gündelik hayatlarını etkileyen bir sağlık sorunu olan yaşlıların tamamına ödenmesi durumunda toplam maliyet yaklaşık dört kat artacak ve 2015 ASPB bütçesinin yüzde 80'ini aşacaktır.

**Tablo 33. Evde Bakım Yardımı Alabilecek Kişi Sayısı, Toplam Maliyet ve ASPB 2015 Bütçesine Oranı**

	2015 Mevcut Durum*	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Yardım Alabilecek Kişi Sayısı	464.741	1.477.774	1.522.305	1.584.680	1.651.851	1.702.816	1.766.783	1.832.782
Evde Bakım Yardım Maliyeti (Milyon TL)	4.471	14.734	15.178	15.799	16.469	16.977	17.615	18.273
ASPB 2015 bütçesine oranı (%)	24,5	80,7	83,2	86,6	90,2	93,0	96,5	100,1

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015.

\*2015 Mevcut Durum sütunundaki veriler 2015 itibarıyla evde bakım yardımı alan 60 yaş altı ve üzeri toplam birey sayısını ve bütçesini göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANDIRILMASINA İLİŞKİN ÖNERİLER

Sayısal olarak yaşlı nüfusun gelecekteki büyüklüğünü ve temel demografik yapısını istatistiki hata payları içinde doğruya yakın düzeyde tahmin etmek mümkündür. Beşinci bölümde olduğu gibi yaşlı nüfus içerisinde ne kadarının yakın gelecekte ne tür hizmetlere ihtiyaç duyacağını ve ne tür hizmetleri talep edeceğini tahmin etmek; ancak bir takım varsayımlar içeren alternatifli senaryolarla mümkün olabilmektedir.

Bu çalışmanın ana amacı, var olan hizmet modellerinin yaşlı nüfus artışıyla birlikte kamuya oluşturabileceği mali yükü tahmin etmektir; ancak bakım hizmetlerine yönelik politika geliştirirken yaşlı bakım hizmetlerini genel anlamda sosyal yardım ve sosyal hizmetler üst başlığı ile beraber değerlendirmekte ve çözüm önerilerini bu bağlamda sunmakta fayda görülmektedir.

Yaşlı bakım hizmetlerine yönelik çözüm önerileri; hizmete erişim, organizasyonel yeniden yapılanma, kurumsal bakım başta olmak üzere hizmet sunumunun yerele devri ve yaşlı bakım hizmetlerinin çeşitlendirilmesi şeklinde dört başlık altında gruplandırılarak sunulmuştur.

### 6.1. Hizmete Erişim

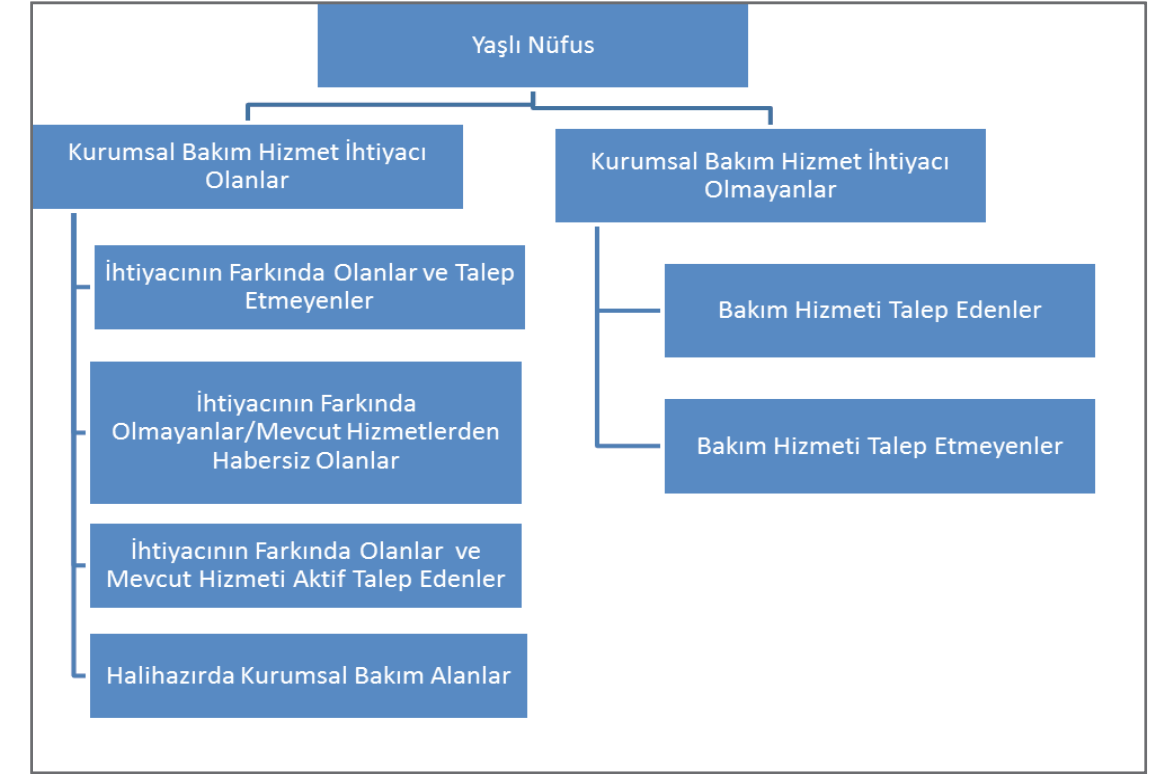
Genel anlamda yaşlı bakım hizmetlerini (kurumsal ve diğer hizmetler) geliştirebilmek için hizmet talebinin büyüklüğünü ve niteliğini öngörebilmek gerekmektedir. Hâlihazırda yaşlı bakımına yönelik kamu hizmeti, vatandaşın ilgili kuruma başvurarak durumunu beyan etmesi ve değerlendirme sonrası duruma göre hizmete erişmesi şeklindedir. Örneğin sosyal yardımlara erişmek için vatandaşların Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakıflarına başvurması gerekmektedir. Başvurunun incelenmesi sonucunda ise sosyal yardım verilmesine karar verilmektedir. Aynı şekilde 60 yaş ve üzerindeki uygun şartları taşıyan vatandaşlar da huzurevlerine başvurarak huzurevine yerleştirilmeyi beklemektedir.

Ancak bu durumda yaşlılık, engellilik, ulaşım sorunları, nereye ve nasıl başvuracağını bilememe, kendi ihtiyaçlarının farkında olamama ve benzeri nedenlerle hizmete ihtiyaç duyan fakat aktif hizmet talebi bulunmayan bir kitleye ulaşılamamaktadır.

Elimizdeki mevcut verilere göre hâlihazırda kamu veya özel yatılı kurumsal bakım hizmeti alanlar ile bu hizmeti almak için aktif başvurusu olanların toplamı, yaşlı nüfus içerisinde yüzde 1'in altındadır. Bu durum ile ilgili ilk bakışta iki temel yorum yapılabilir. Bunlardan birincisi kurumsal bakım hizmeti talebinin düşük olması, yaşlıların kendi evlerinde kalmayı tercih etmesi ve kuşaklararası dayanışmanın güçlü olmasıdır. Diğer bir yorum ise bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan, bunu tercih eden; ancak pek çok nedenlerle aktif bir hizmet talebi olmayan bir kesimin varlığıdır.

Yaşlıların hizmet talebi Şekil 17'de olduğu gibi özetlenebilir: Kurumsal bakım alanlar ve huzurevinde kalmak için sıra bekleyenler (ihtiyacı olan ve mevcut hizmeti aktif talep edenler) kategorisinde kaç kişi olduğu bilinmektedir. Ancak kurumsal veya evde bakım hizmet ihtiyacı olan ama hâlihazırda potansiyel bir başvurusu olmayan kitlenin büyüklüğü bilinmemektedir. Bu kitleyi tespit etmek üzere kapsamlı hane taramaları yapılması gerekmektedir.

Şekil 17. Yaşlı Nüfus ve Kurumsal Bakım İlişkisi



### 6.1.1. Politika Önerisi: Arz Eksenli Kapsayıcı Hizmet Sunumu

Bu noktada çözüm olarak; sosyal risk oluşturan bölgelerden başlamak üzere toplumun ihtiyaç sahibi kesimlerini hane taramaları ile tespit eden, diğer ülke örneklerinde olduğu gibi hanenin veya bireyin sorunlarını bir bütün içerisinde ele alan, en yakın ilgili hizmet birimi ile teması sağlayan ve birey ve/veya haneyi sonraki süreçte izleyip sorunlarına çözüm üreten arz eksenli bir sosyal hizmetler sistemi kurulması önerilmektedir. Rutin kamu hizmet sunumu mantığından farklı olarak bu sistem ile sadece talep edenlere değil, bütün ihtiyaç sahiplerine ulaşacak kapsayıcı bir model öngörülmektedir. Model etkili uygulandığı takdirde kamu hizmetlerine erişemeyen yaşlıların tespit edilmesi ve sorunlarına çözüm bulunması mümkün olacaktır.

Bu model özünde ASPB için yeni olmayıp 2011 yılından beri Bakanlığın gündeminde olan ASDEP kapsamında da öngörülmüştür. ASPB, 2011 yılından itibaren projenin teknik altyapı çalışmaları ve pilot uygulamaları ile projeyi hayata geçirmeye çalışmaktadır. ASDEP adı altında veya başka bir model çerçevesinde inşa edilecek "arz eksenli hizmet yaklaşımı" için aşağıda sıralanan uygulama adımları önerilmektedir:



**Test Aşaması:** Nihai uygulamaya geçmeden önce yapılacak pilot uygulama ile insan kaynağı yapısının, yasal çerçevenin, bilişim altyapısının, fiziksel mekanların ve uygulama mekanizmalarının test edilmesi önerilmektedir. Yaşlıların bulunduğu hanelerde yoksulluk, dışlanma, sosyal yardım, sosyal hizmet ve sağlık bakım ihtiyacının aynı anda ortaya çıkma ihtimali düşünüldüğünde bu haneler için özel bir yaklaşım geliştirmek gerekmektedir. Bu nedenle pilot çalışmada yoksulluk, suç ve göç oranının yüksek olduğu illerin seçilmesi ve hane incelemesi yapılırken birden fazla konuda sorun yaşayan vakaların üzerine yoğunlaşılması programın ülke çapında uygulanmasında fayda sağlayacaktır.

**Mahalle/İlçe Düzeyinde Örgütlenme:** Arza dayalı bir sistem geliştirmek için ASPB personelinin sahaya tam olarak hakim olması gerekmektedir. Bu bağlamda ADNKS ve benzeri altyapıların etkin kullanılması önemlidir. Ayrıca hâlihazırda Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan aile hekimliği sistemi tecrübesi önemli ölçüde yol gösterici olacaktır. Bir ildeki toplam nüfusun belirlenmesi, nüfusun adres bloklarına bölünmesi, her adres bloku için en uygun hizmet lokasyonlarının seçilmesi, seçilen adres blokları için gerekli insan kaynağı planlaması ve sahanın izlenmesi Türkiye'nin Sağlık Bakanlığı özelinde sahip olduğu önemli bir deneyimdir.

**Personel Yapısının Tasarımı ve Uygun Hale Getirilmesi:** Önerilen model çerçevesinde lokasyon bazında hizmet verecek uzmanların tanımlandığı bir meslek veya kadro bulunmamaktadır. ASPB, Yüksek Öğretim Kurulu, Kalkınma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı ve ilgili akademisyenlerden oluşan bir komisyon ile detaylı iş tanımlarının, uygun lisans programlarının, çalışma koşullarının, uzmanların sahip olmaları gereken niteliklerin, sabit veya mobil takımlar halinde olma durumlarının, özlük haklarını belirlediği bir insan kaynağı tasarımının ve bu insan kaynağının hangi sürede ne şekilde temin edileceğini açıklayan bir yol haritasının ortaya konulması önerilmektedir.

**Fiziki Mekânların Temini:** İlgili uzmanların mesai harcayacağı, sahanın listelemesinin ve görev dağılımının yapılacağı mekanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Uzmanlar mobil ekipler olarak dizayn edilse bile ekip üyelerinin ortak değerlendirmelerinin, vaka incelemelerinin ve bireysel görüşmelerin yapılacağı fiziksel mekânlar temin edilmelidir. Bu noktada da Sağlık Bakanlığının aile hekimliği, sağlık ocağı fiziksel altyapısının ortak kullanımı pratik ve maliyet etkin bir seçenek olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle yaşlıların talep edeceği hizmetlerin, sağlık ve sosyal hizmetlerin bir kombinasyonu olduğu varsayıldığında sağlık ve sosyal hizmet uzmanlarının ortak fiziki mekanlarda hizmet vermesi bütüncül hizmet anlayışının geliştirilmesi açısından da faydalı olacaktır.

**Bilgi İşlem Altyapısı:** Sosyal Yardım Bilgi Sistemi (SOYBİS) ile devlet tarafından verilen tüm sosyal yardım veri tabanları bütünleştirilerek hanehalkı yaklaşımı ile kurumsal bir sosyal yardım sistemi altyapısı oluşturulmuştur. Böylece; Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü ile SYDV'ler arasında oluşturulan bilgi sistemi aracılığıyla sosyal güvenlik, tapu, nüfus ve benzeri 13 veri tabanından 28 ayrı sorgulama anlık olarak yapılabilir hale getirilmiştir (ASPB, 2016d). Aynı zamanda sisteme sosyal hizmet bileşenlerini de dâhil ederek ASDEP'in ihtiyaç duyduğu bilgi işlem altyapısını oluşturmak için ASPB ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (BMKP) ortak çalışması da devam etmektedir. Önerilen "arz

eksenli hizmet modeli" kapsamında temas edilen hanelerdeki yaşlı sayısı, sağlık durumu, yardım ihtiyacının olup olmadığı, ihtiyaç duyulan destek türü, verilen destek ve sosyal hizmetlerin kapsamı, hane ve/veya yaşlının yönlendirildiği kurumlar gibi yaşlı hakkında detaylı ve sürekli bilginin tutulduğu bir bilgi işlem altyapısına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda ASDEP bilgi işlem altyapısı ile önerilen modelin bilgi işlem altyapısının ortak kurgulanması faydalı olacaktır.

## 6.2. Organizasyonel Yeniden Yapılanma

Yaşlılara yönelik sunulacak hizmetlerde öne çıkan diğer bir alan bütüncül yaklaşımın güçlendirilmesidir. Yaşlıların ihtiyaç duyduğu hizmetler eğitim, istihdam, sağlık, gündelik aktivitelerde yardımcı olma, düzenli kontrol, sosyal ve psikolojik destek gibi pek çok alanı barındırmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde eğilim yaşlılara bütüncül hizmetler sunan sistemler üzerine yoğunlaşmaktadır. Hâlihazırda ülkemizde yaşlıların sağlık, sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmet ihtiyaçları farklı bakanlıklar ve bakanlıkların farklı birimleri tarafından verilmektedir. Diğer taraftan tüm hizmetlerin tek bir kurum tarafından verilmesi pratikte mümkün değildir. Ancak mükerrerliği önlemek, kurumlar arası hizmet standardını sağlamak için sorunların ve çözümlerin net olarak tanımlandığı, bireyi ilgili birim veya kurumlara yönlendiren, farklı kurumlardan alınan hizmetleri koordine ve takip eden bütüncül kurumsal işbirliği ihtiyacı bulunmaktadır.

### 6.2.1. Politika Önerisi: Bütüncül Kurumsal İşbirliği

Sosyal hizmet ve yardım alanında faaliyet gösteren; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM), Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü ile Özürlüler İdaresi Başkanlığı 2011 yılında 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile ASPB altında birleştirilmiş ve yeniden yapılandırılmıştır. Hâlihazırda ASPB bünyesine yukarıda sayılan kurumlara ek olarak Şehit Yakınları ve Gaziler Dairesi Başkanlığı da dâhil olmuştur (ASPB, 2016a). Sosyal hizmet ve yardımlar alanında faaliyet gösteren kurumların tek çatı altında toplanması bu alandaki dağınıklığın giderilmesi ve hizmet bütünlüğünün sağlanması açısından oldukça önemli bir gelişme olmuştur. Bu kapsamda SOYBİS altyapısı ile Bakanlığın bilgi işlem altyapısının bütünleştirilmesi önemli adımlardır. Ancak kurumsal bütünleşme süreci, tamamlanmış bir süreç olarak değil devam eden bir süreç olarak ele alınmalıdır. Bu bağlamda öncelikli uygulama araçlarından birisi olarak kurumsal birleşim konusunda profesyonel destek alınması önerilmektedir.

Diğer taraftan yaşlıların ihtiyaç duyduğu bakım hizmetleri kapsamında bakanlıklar, belediyeler ve kurumlar arasında parçalı bir hizmet sunumu göze çarpmaktadır. Türkiye'de bakım hizmetleri; Sağlık Bakanlığı (evde ve kurumda sağlık hizmetleri), ASPB, belediyeler ve özel kuruluşlar tarafından özellikle yaşlıların da içerisinde bulunduğu dezavantajlı grupları kapsayan bireylere sunulan "koruyucu-önleyici, iyileştirici-geliştirici, tedavi-rehabilite edici" hizmetleri içermektedir.

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin ilk yasal düzenleme, Sağlık Bakanlığı tarafından; "fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve

kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenleme” amacıyla çıkarılmış olan 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik”tir. Evde sağlık hizmetlerinin amacı sürekli bakım ve takibe ihtiyaç duyan hastalara ve ailelerine tıbbi, psikolojik ve sosyal destek sağlamaktır. Uygulamada Sağlık Bakanlığı bünyesinde hastaların rutin muayeneleri, kan analizleri, sonda takılması, yara pansumanları, heyet raporlarının yenilenmesi, tekerlekli sandalye ve tıbbi malzeme alımına yardımcı olmak, sosyal ve psikolojik destek gibi sağlık hizmetleri sunulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

SHÇEK Genel Müdürlüğü bünyesinde ise 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik” kapsamında ASPB'nin evde bakım hizmeti sunması öngörülmüştür. Evde bakım hizmeti kapsamında zihinsel sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan yaşlıların bakımı ile ilgili olarak hanehalkının tek başına veya komşu akraba gibi destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel ve psikolojik destek hizmetleri yer almaktadır (ASPB, 2016e).

Sağlık Bakanlığı ve ASPB'nin evde bakım hizmetleri farklı nitelikler içermekle birlikte aynı hedef gruba hizmet götürdüklerinden her iki bakanlığın işbirliğine gitmeleri ve hizmetlerde birey odaklı bütüncül bir yaklaşım oluşturmaları önemlidir. Yine bazı belediyelerin de imkânları ölçüsünde evde bakım hizmetleri sunmaya çalıştıkları bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı, ASPB ve belediyeler arasında evde bakım hizmetleri kapsamında ortak çalışma prensiplerinin belirlenmesi yaşlı bakım hizmetlerinde bütüncül yaklaşımın en önemli adımlarından biridir. Bu noktada aile hekimliği, evde sağlık hizmetleri ile aile sosyal destek ve evde bakım hizmetlerinin bütünleştirildiği bir yaklaşım dikkate alınabilir. Farklı ülke uygulamalarının ve düzenlemelerinin incelenmesi, Türkiye şartlarına göre görev, sorumluluk ve denetim mekanizmalarının belirlendiği bir çalışma modeli geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca aile hekimliği sisteminin fiziksel mekanlarının ortak kullanımı ve aile hekimliklerinde aynı adres bloklarında çalışan sosyal hizmet görevlilerinin de yer alması tartışılmalıdır.

### 6.3. Kurumsal Bakım Başta Olmak Üzere Hizmet Sunumunun Yerele Devri

Bakanlığın 2011 yılındaki kuruluşu ve yapılanması ile birlikte ilk defa Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve yaşlı hizmetleri daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. İlgili Genel Müdürlüğün sorumluluğundaki hizmet alanları şöyledir;

- Huzurevleri
- Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri
- Yaşlı Yaşam Evleri.

Ayrıca diğer kamu kuruluşlarına, belediyelere, azınlıklara ve özel sektöre ait huzurevleri de bulunmaktadır.

Bakım hizmetlerine ilişkin kapsamlı bir değerlendirme önceki bölümlerde yapılmış olmakla birlikte genel ve kısa bir değerlendirme ile şu anda toplam 8,8 milyon kişi olan 60 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun yaklaşık 30 bini kurumsal bakım hizmeti (özel dâhil) almaktadır. Her ne kadar

SYGM bünyesinde yaşlılık aylığı gibi diğer destekler veriliyorsa da Bakanlığın bakım anlamında muhatap olduğu kitle oldukça küçük bir orandır. Beşinci bölümde yapılan projeksiyonların en düşük tahminli senaryosu bile kullanılsa ilerleyen dönemde kurumsal bakım hizmeti almak isteyen ve/veya evinde yaşamak istemekle birlikte gündelik ihtiyaçları için destek verilmesi gereken geniş bir kitlenin talebinin, bugünkü kurumsal kapasite veya kurumsal kapasitenin bugünkü artış hızı ile karşılanamayacağı açıktır.

Bakanlığın kurumsal kapasite sorunları, 2011 yılından itibaren merkezi hükümetin yerel kurumları güçlendirme eğilimleri, ASPB bünyesindeki sosyal yardım işlevlerinin yerel-merkezi yönetimlerin uygun bir eşgüdümü ile başarılı bir şekilde yürütülüyor olması ve dünyadaki yerelden hizmet sunma eğilimleri ASPB hizmetlerinin yerele devredilmesi konusundaki tartışmaları güçlendirmiştir.

#### 6.3.1. Politika Önerisi: ASPB'nin Yeniden Yapılanması ve Sosyal Hizmetlerde Yerel Yönetimlerle İşbirliği

Yapılan ihtiyaç projeksiyonlarının da gösterdiği üzere önümüzdeki yıllarda ortaya çıkacak talebi etkin ve verimli bir şekilde karşılayabilmek için yerel yönetimlerin daha fazla sorumlu olacağı bir model düşünülebilir. Buna göre Bakanlığın yeniden yapılandırılması; merkezde standart belirleyen, denetleyen, koordinasyon ve işbirliği sağlayan, hizmet sunucularına eğitim veren, farklı ihtiyaç düzeyindeki yaşlılara farklı hizmet modelleri geliştiren bir yapı; yerelde ise ihtiyaç duyulan hizmetleri belediyelerden, özel sektörden ve hatta STK'lar üzerinden sunan bir iş modeli önerilmektedir. ASPB'nin kendi hizmet kuruluşlarını yerele devri konusu, 2011 yılından itibaren gündemindedir. ASPB Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2015 yılında yayınladığı Türkiye'de Sosyal Hizmet ve Yardımların Yeniden Organizasyonu adlı yayına ilave olarak (ASPB, 2015b), Strateji Geliştirme Başkanlığı da bu yönde çalışmalarını devam ettirmektedir. Sosyal hizmetlerde yerel yönetimler ile işbirliği, yetki ve kurumların devri konularında yerel kuruluşlar ile ASPB arasındaki işbirliği, koordinasyon ve hiyerarşi gibi temalarda önerilen politikalar aşağıda özetlenmiştir:

**Yereldeki Kuruluşların Sosyal Hizmet Alanındaki Kapasitesinin Artırılması:** 6518 sayılı Kanun'la Bakanlığın taşra teşkilatında yer alan sosyal hizmet kuruluşlarını, Bakanlar Kurulu kararıyla belirlenecek esaslar çerçevesinde il özel idareleri, belediyeler ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına devredebileceği, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5393 sayılı Belediye Kanunu ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile de söz konusu kuruluşların ASPB'den bağımsız bir şekilde sosyal hizmet faaliyeti yürütebileceği belirtilmiştir. Ancak belediyelerin ve il özel idarelerinin hâlihazırda yürüttükleri faaliyetlere bakıldığında bu kuruluşların özellikle imar, yol, su, altyapı, kanalizasyon, çevre düzenlemesi gibi faaliyetleri yürüttükleri, mali ve beşeri kaynaklarını bu hizmetlere yoğunlaştırdıkları görülmektedir. Büyükşehirler dışındaki il özel idarelerinin ve belediyelerin sosyal hizmet alanında gerek insan kaynağı gerekse bilgi işlem altyapısı ve bütçe açısından ASPB kuruluşlarını ikâme edecek veya devralacak kapasiteye erişmeleri için desteklenmeleri gerekmektedir.

Kurumsal yaşlı bakım hizmetlerine ilişkin rakamlar, sosyal hizmet yürütme yetki ve görevi bulunmasına rağmen yerel yönetimlerin bu konudaki uygulamalarının ne kadar sınırlı

olduğunu göstermektedir. Türkiye'de mevcut durumda yaşlılara yönelik sunulan sosyal yardım ve hizmetlerin anlatıldığı dördüncü bölümde belediyelere ait yaklaşık 2.800 kişi kapasiteli yalnızca 20 adet huzurevi bulunduğu ve bu kapasitenin sadece 2.010 yaşlı tarafından kullanıldığı belirtilmektedir (Tablo 14). Huzurevi için ASPB'ye başvurmuş ve sıra bekleyen yaşlılar göz önüne alındığında özellikle talebin yüksek olduğu bölgelerde belediyelerin işletme kapasitesinin geliştirilmesi, hizmetlerin potansiyel kullanıcılara daha etkin duyurulması, huzurevi için uygun lokasyon belirlenmesi gibi hususlarda desteklenmeleri önerilmektedir.

**Sosyal Hizmet Alanında Hizmet Standartlarının Oluşturulması:** Yaşlılara sunulan hizmetlerde kalitenin ve standardın sağlanması, verilen hizmetlerin izlenmesi ve denetlenmesi açısından bakım hizmet standartlarının oluşturulması büyük önem taşımaktadır. ASPB tarafından yürütülen hizmetlerin standartlarının oluşturulması yönündeki çalışmaların tamamlanması sadece Bakanlığın hizmet sunumundaki kaliteyi artırmakla kalmayacak, sosyal hizmet konusunda yeterli tecrübesi olmayan belediyeler, il özel idareleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlar için yol gösterici olacaktır.

**Personel Yapısının Sayısal ve Nitelik Açısından Güçlendirilmesi:** Sosyal hizmet alanında en önemli sorunlardan biri nitelikli personel eksikliğidir. Hâlihazırda sosyal hizmetlerin sunumunda bakım elemanı ve meslek elemanı ihtiyacı bulunmakta olup bu eksiklik ve hizmet içi eğitim programlarının eksikliği hizmet kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (ASPB, 2016c). Bu bakımdan yerele devir sürecinde insan kaynağı planlaması ve hizmet içi eğitimler için özel bir yol haritası geliştirilmelidir. Hizmet standartları kılavuzları esas alınarak eğitim program ve içeriklerinin hazırlanması ve bu çerçevede yereldeki personelin niteliklerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

**Yerelde Sunulacak Hizmetler için Finansman Desteği Sağlanması:** Sosyal hizmet kuruluşlarının yerel yönetimlere devri halinde yerel yönetimlerin sunacağı bakım hizmetlerinin nasıl finanse edileceği önemli konulardan biridir. 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14. maddesinde hizmetlerin yerine getirilmesinde öncelik sırasının belediyenin malî durumu ve hizmetin ivediliği dikkate alınarak belirleneceği öngörülmüştür. Buna göre belediyelerin yaşlı bakımı gibi konuları öncelikli değerlendirip değerlendirmeyecekleri belediyelere ait bir karar olmakta ve bu konuda bağlayıcı bir hüküm bulunmamaktadır. Sosyal hizmetlerin gereği gibi yürütülmesini ve bütçe kısıtı nedeniyle sektöre uğramamasını temin etmek üzere, söz konusu hizmetlerin finansmanının ne şekilde sağlanacağı ve yerel yönetimlerin bu konuda nasıl destekleneceğinin tespit edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda önerilen model, ASPB'nin belirleyeceği hizmet türlerinde ve standartlarda yine ASPB'nin denetiminde belediyelerin yaşlılara yönelik vereceği her hizmetin maliyetinin merkezi yönetim tarafından (SGK, Maliye Bakanlığı veya ASPB) belediyelere ödenmesidir. Hâlihazırda merkezi hükümetin ve bakanlıkların belediyeler üzerinde net bir yaptırım gücü yoktur. Yasal zorunlulukların belediyeler üzerinde motive edici bir etki yapma olasılığı zayıf görünmektedir. Dolayısıyla ASPB'nin kaynak ve kadro dağıtımından sorumlu Maliye Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı ile birlikte belediyeler için performans dayalı teşvik modelleri oluşturması faydalı olacaktır.

Bakıma muhtaçlığın ortaya çıkardığı riskleri azaltmayı amaçlayan özellikle batı refah

toplumları olmak üzere birçok ülkede uygulanan "yaşlı bakım sigortası" bakım hizmetlerinin finansmanında değerlendirilmesi gereken bir konudur. Aylık düzenli bir geliri olan kişinin brüt geliri üzerinden %1-2 oranında alınan "bakım vergisi" kesintileri ile finanse edilen bu sistemin ülkemizde de oluşturulması için ilk çalışmalar Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2013 yılı Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı kapsamında yapılmıştır (ASPB, 2016c). Yakın gelecekteki bakım hizmet talebi göz önüne alındığında bu çalışmaların geliştirilerek biran önce hayata geçirilmesi önemlidir.

**ASPB ile Yerelde Sosyal Hizmet Veren Kuruluşlar Arasındaki İşbirliği ve Koordinasyonun Sağlanması:** Önerilen modelde ASPB'nin görevleri; sosyal hizmetler ile ilgili mevzuatı hazırlamak, sosyal hizmet kuruluşlarının kuruluş ve işletilmesine ilişkin standartları koymak, yürütülecek hizmetlerin usul ve esaslarını belirlemek, bu hizmetleri denetlemek ve bu alana tahsis edilen bütçeyi belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda dağıtmak ve koordinasyonu sağlamak çerçevesinde tasarlanmaktadır. Hangi demografik, sosyal ve ekonomik profildeki vatandaşın, hangi şartlarda ve hangi sorun veya sorunlarla başvurduğunda veya sorunu olan vatandaş tespit edildiğinde hangi yetkinlikteki personelin hangi adımlarla ve ne şekilde hizmet vereceğinin ASPB tarafından detaylı kılavuzlarla belirlenmesi önerilmektedir.

ASPB ile yerel yönetimler arasında hâlihazırda hiyerarşik bir ilişki olmaması nedeniyle ASPB'nin yerel yönetimleri denetlemesi ve yaptırım uygulaması konusunda sorunlar yaşanması muhtemeldir. İdarenin bütünlüğü ilkesi çerçevesinde, yerel yönetimlerin ASPB'nin hazırladığı usul, esas ve ilkelere uygun olarak hizmet sunmasının sağlanması ve sunulmadığında da ASPB'ye yaptırım uygulama yetkisi verilmesi gerekmektedir.

Ayrıca izleme ve denetlemeyi kolaylaştırmak üzere bakım ihtiyacı tespit edilen vatandaşın demografik, ekonomik, sosyal ve hane özelliklerini, başvuru veya tespit bilgilerini, verilen hizmetin türünü ve vatandaşın ilerlemeleri elektronik formlarla kayıt altına almayı mümkün kılan bilgi sisteminin tamamlanmış olması gerekmektedir.

Modelin ilk aşamasında, yerel hizmet sunucularından hizmet alma mekanizmasının ilk sonuçları gözden geçirilene ve tam olarak işlemeye başlayana kadar ASPB'nin mevcut bakım hizmeti veren kuruluşlarını işletmeye devam etmesi önemlidir. Bu şekilde mevcut durumda bakım alan yaşlılara hizmet sunumunda olumsuz bir durum yaşanmayacağı gibi tamamen piyasa eksenli bir yaklaşımdan kaçınılmış olacaktır. Belediye ve il özel idareleri gibi kamu veya özel sektör tarafından ASPB'nin önerdiği bedel karşılığında verilen hizmet sunumunun farklı bölgelerde nasıl ve ne ölçüde karşılık göreceği test edilmelidir. Modeli geliştirirken devleti asli görevlerinden uzaklaştıracak ve tamamen özel sektöre dayalı hizmet sunumundan kaçınacak, daha çok belediyelerin veya belediyeler ile özel sektörün payının dengede olacağı bir hizmet altyapısının amaçlanması kritiktir.

#### 6.4. Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Çeşitlendirilmesi

Bakanlığın ağırlıklı sunduğu kurumsal bakım hizmetleri dışında evde belirli periyotlarda sunulabilecek hizmet türleri de bulunmaktadır. Dünyada bakım hizmetleri arasında ön plana çıkan, Türkiye'de bazı Büyükşehir Belediyelerinin ve ASPB'nin sınırlı düzeyde Yaşlı Hizmet



Merkezlerinde sunduğu bu imkânlar, ASPB'nin rehberliğinde ve koordinasyonunda sistematik biçimde genişletilmeli ve geliştirilmelidir. Evde bakım hizmetleri ASPB'nin yerleşme programı kapsamında belediye/yerel yönetimlerin deneyiminin merkezi yapı tarafından geliştirilip yaygınlaştırıldığı bir hizmet modeli olabilir.

#### 6.4.1. Politika Önerisi: Evde Bakım Hizmetinin Geliştirilmesi

Yaşlıların huzurevi, yaşlı bakım merkezi ve benzer kurumsal bakım hizmetleri yerine geniş bir yelpazede sunulacak sosyal hizmetler yoluyla ait olduğu topluluk içinde bakımını sağlamak ve refahlarını artırmak günümüzde yaşlı bakım hizmetlerinde öne çıkan konulardır. Bu kapsamda yaşlıların mümkün olduğunca kendi evlerinde yaşamını sürdürebilmesi için konut ve çevre politikalarında gerekli değişimlere gidilmesi yönünde çalışmaların yapılması önem taşımaktadır. Ülke örneklerinde evde bakım hizmetlerinde yaşlıların bakım ihtiyaçlarının bütüncül bir anlayışla tespiti ve ihtiyaç sahibine özgü hizmet sunumu üzerinde durmaktadır.

Evde bakım hizmeti; evde sunulan bakım, tedavi, günlük yaşamda yönlendirme veya ev işlerine yardımcı olma gibi hizmetleri kapsamaktadır.

- Bakım ve Tedavi; banyo yaptırma, yataktan kaldırma, yemek yedirmeye destek, pansuman, günlük ilaçların ve/veya serumların takibi, aşıların vurulması gibi hizmetleri içerir.
- Günlük Yaşamda Yönlendirmek; yaşlının pratik becerilerini geliştirmesini ve sosyal anlamda kendine yetebilmesini amaçlayan bir hizmet yaklaşımıdır (Örneğin; gelir-gider işlemlerinde yardımcı olmak veya neyin ne zaman hangi gün yapılacağına dair planlama yapılması, yakınıni/arkadaşını görmesine yardım etme, ulaşımını sağlama vb.).
- Ev İşlerinde Yardım; temizlik, toplama, yemek pişirme veya günlük yemek servisi, çamaşır, ütü gibi uğraşlarda sunulan destek hizmetlerini kapsamaktadır.

Söz konusu alternatif hizmetleri geliştirmek için önerilen bu model ASPB'nin doğrudan uygulayıcı değil teşvik edici, yönlendirici, yerele yetki devrettiği bir modeldir. Bu bağlamda, daha fazla hizmet binası inşa edip devretmek yerine Sağlık Bakanlığının özel hastanelerle kurduğu ilişkiye benzer bir yapı ASPB ile belediyeler ve özel sektör (STK'lar dâhil olmak üzere) arasında kurulabilir. Bu modele göre belirlenen hizmetin türü ve kalitesi sınıflandırılarak her bir hizmet için bir fiyat belirlenmesi (hizmet verilen saat veya verilen hizmetin türü bazında) ve belediyeler ya da özel sektör tarafından hizmet verilen vatandaş sayısı ile verilen hizmetin türü ve kalitesi çarpılarak ilgili kuruma sermaye transferi yapılması önerilmektedir. Bu model için gerekli olan ön koşullar şunlardır:

- Oldukça detaylı hazırlanmış hizmet standartları ve buna ilişkin kılavuzlar,
- Hizmet verecek belediye ve özel sektör kuruluşları için akreditasyon sistemi ve akreditasyon birimi,
- Hizmet verecek belediye ve özel sektör kuruluşları için eğitim programı,
- Bütün iş ve işlemleri yapmaya ve bilgileri paylaşmaya imkân sağlayacak bir bilgi-işlem altyapısı,

- Kaynak dağıtımından sorumlu bakanlıklar düzeyinde ve mümkün olan en üst düzeyde ortaya çıkacak harcamalar için tahsisat taahhüdü,
- İl bazında yetkin ve yeterli bir denetim mekanizması,
- Ortaya çıkacak ihtiyacın karşılanması amacıyla insan kaynağının yetiştirilmesi. Bakım elemanlarının cinsiyet dengesi detayına (yaşlıların çoğu kadınlardan oluşacağından kadın bakım elemanının daha çok talep edileceği düşünülmektedir) kadar sahip olmaları gereken nitelikler aldıkları eğitim, psiko-sosyal testlerdeki skorları ve benzeri detayları ortaya koyan bir insan gücü planlaması sağlanmalıdır.

Evde bakım hizmet modellemesinde hangi hizmetlerin, hangi ihtiyaç düzeyinde, kaç kişiye sunulacağı projeksiyonu önemli yer tutmaktadır. TAYA 2006 verileri ile yapılan detaylı analizlere göre (ASPB, 2014:102) yaşlılara günlük işleri nasıl yaptıkları kolaylıkla, zorlanarak, birinin yardımıyla ve yapmıyorum seçenekleri ile sorulmuştur. Buna göre yaşlıların;

- Yüzde 87,5'i yemek yemeyi
- Yüzde 80,7'si kendi bakımını (banyo v.b.)
- Yüzde 75,9'u ev dışındaki işlerini
- Yüzde 61,8'i alışverişini
- Yüzde 57,1'i seyahat etmeyi
- Yüzde 53,9'u günlük ev işlerini

kolaylıkla yapabildiklerini beyan etmişlerdir. Bu tabloda ev dışında yapılması gereken işler konusunda yaşlıların daha fazla zorlandıkları söylenebilir. Benzer şekilde Tablo 34'teki 2008 TNSA verileri de yaş arttıkça bağımlılık düzeyinin, destek ihtiyacının ve düzeyinin arttığını göstermektedir (HÜNEE, 2008).

**Tablo 34. Farklı Yaş Gruplarında Bağımlılık Oranı (Yüzde)**

	60-69	70-79	80+	Toplam
Yatağa bağımlı	1,4	2,9	9,5	2,9
Sandalyeye bağımlı	1,4	2,2	3,8	1,9
Eve/bahçeye bağımlı	13,7	21,4	35,3	18,9

Kaynak: HÜNEE, 2008

Ayrıca söz konusu sistemi tasarlamadan önce Avrupa'da uygulanmakta olan ve ATHGM'nin de çalışmalarını devam ettirdiği Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) - Avrupa'da Sağlık, Yaşlılık ve Emeklilik Araştırmasının tamamlanması önemlidir (ASPB, 2015). Bu araştırma Avrupa ülkelerinde 50 yaş ve üzeri yaklaşık 123.000 yaşlıya ait farklı disiplinler tarafından derlenmiş uluslararası sağlık, fiziksel ve ekonomik anlamda kendine yetme, sosyo-ekonomik durum ve sosyal ilişkiler verilerini içermektedir. İki yılda bir yapılan araştırma, panel şeklinde tasarlandığı için yaşlı nüfusun ekonomik, sosyal ve sağlık hususlarına ilişkin değişimleri de göstermektedir (SHARE, 2016).



Bölgeler bazında detaylandırılmış, yaşlıların günlük aktivitelerindeki destek ihtiyaçlarını, sağlık, eğitim ve gelir koşullarını, beklentilerini ortaya koyan detaylı bir araştırma ile evde saat bazlı ve belirli periyodlarla sunulması gereken hizmetler, cinsiyete ve yaşlı grubun kendi içindeki yaş dağılımına göre planlanabilir.

Yaşlılara yönelik sosyal refah hizmetlerinin bir bütün içerisinde algılanması, ilgili politika ve uygulamaların yine bir bütünlük içerisinde sunulması günümüz dünyasında tüm ülkelerin en öncelikli sorun alanlarından birisine işaret etmektedir. Yaşlılara yönelik sosyal güvenlik, sağlık hizmetleri, barınma hizmetleri, serbest zaman kullanma ve götürülen hizmetlere yönelik çalışmaların ayrıntılı olarak ele alınarak değerlendirilmesi verimliliği ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.

#### 6.4.2. Kurumsal Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Dünyadaki örneklerde olduğu gibi Türkiye'de de bakıma ve yardıma gereksinim duyan yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin devam edeceği bir gerçektir. Özellikle bireyin kendi ortamında bakımının yetersiz kaldığı; bağımlılık düzeyinin arttığı ileri yaşlarda ya da nekahet dönemi, Alzheimer gibi özel durumlarda kurumsal bakım ön plana çıkmaktadır.

Tablo 35'teki ASPB 2015 verilerine göre mevcut durumda ASPB bünyesindeki huzurevlerinin ortalama yatak kapasitesi 100 civarındadır. Ege ve Batı Anadolu bölgelerinde ortalama yatak sayısı 120-130'a, İstanbul'da ise 170'e çıkmaktadır. Lokasyon olarak kent merkezlerinin dışında, kent merkezinde bulunsa bile yaşam alanlarının dışında kompleks şekilde konumlanmış binalarda hizmet verilmektedir.

**Tablo 35. ASPB Huzurevi Büyüklükleri**

	Huzurevi (Adet)	Kapasite (Kişi)	Ortalama Büyüklük (Kişi)
Akdeniz	14	1434	102
Batı Anadolu	14	1707	122
Batı Karadeniz	20	1263	63
Batı Marmara	8	681	85
Doğu Marmara	18	1469	82
Doğu Karadeniz	7	648	93
Ege	27	3646	135
Güneydoğu Anadolu	2	148	74
İstanbul	9	1538	171
Kuzeydoğu Anadolu	3	204	68
Orta Anadolu	7	526	75
Ortadoğu Anadolu	3	224	75
<b>Toplam</b>	<b>132</b>	<b>13488</b>	<b>102</b>

Kaynak: ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İç Raporları, Aralık 2015

ASPB'de hem mevcut huzurevlerinin standardını yükseltme hem de standart huzurevi modelinin ötesinde alternatifler geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Bu kapsamda ASPB, 50-60 yatak kapasiteli, iki kişilik, içinde banyo ve tuvalet barındıran odalara ve ortak sosyal alanlara sahip huzurevlerini standartlaştırmaya çalışmaktadır. Ayrıca yeni açılacak Bakanlık huzurevlerinde tek kişilik odalar ve odaların doğrudan ortak alana açılacağı tip projeler üzerinde de çalışılmaktadır. Alternatif bakım modeli olarak da Yaşlı Yaşam Evleri adı altında dört yaşlının sosyal hizmet uzmanı gözetiminde ve bakıcı desteği ile bir evi paylaşmasını öngören model 2012 yılından beri uygulanmaktadır. Ayrıca Adana Huzurevinde uygulanan müstakil bir örnekte ise Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi bahçesi içerisinde küçük evler olarak adlandırılan, ikiz binalar tek katlı inşa edilmiş olup her küçük evde iki yaşlı kalabilecek şekilde düzenlenmiştir (Yıldırım, 2012:190). Bu uygulamaların yaşlıların yaşam kalitesine ve memnuniyet düzeyine etkilerinin ölçülerek yaygınlaştırılması önerilmektedir.

ASPB'nin kurumsal bakım hizmetlerini geliştirirken aşağıdaki konuları da göz önünde bulundurması hizmet standardını ve yaşlıların da memnuniyetini artıracaktır.

Yaşlı bakım hizmetlerinde temel amaç, yaşlıya kendi ortamında hizmet sunmak olduğu gibi kurumsal bakım hizmetlerinde de temel amaç, yaşlıya kendi ortamına en yakın tasarımda kurumsal bakım merkezleri tasarlamak olmalıdır. Ülke örneklerindeki uygulamalar ve literatür, özellikle yaşlı bakım hizmetlerinde kurumsal bakım açısından küçülen yatılı bakım merkezleri ve ev tipi modelleri üzerinde durmaktadır. Bu açıdan bakıldığında kurumsal bakım hizmetlerinin, sadece kurum eksenli değil kent tasarımı içerisinde bir bütünün parçası olarak ele alınması önemlidir. Bu bağlamda kurumsal bakım merkezinin lokasyonu ve farklılaşan ihtiyaçlara yeni çözümler üretilmesi adına önerilen ilkeler ve uygulamalar aşağıda özetlenmiştir:

- Huzurevlerinin şehir merkezine uzak yerlerde kurulmaması önerilmektedir. Doğa ile iç içe olması gibi tercihli veya şehir merkezinde uygun yer olmaması gibi zorunlu nedenlerle yaşam alanlarına uzak yerlerdeki huzurevleri genellikle düşük kapasite ile çalışmakta veya konuk yaşlıların memnuniyet düzeyleri düşük olabilmektedir.
- Bakım hizmeti veren kuruluşlar içerisindeki market, kuru temizleme, ibadethane, kütüphane gibi sosyal, fiziki ve ticari mekanların diğer vatandaşların da kullanımına açılması ve huzurevlerindeki yaşlıların dış dünya ile ilişkisinin devam etmesi önemlidir. Ancak yaşlıların istismara açık olduğu dikkate alındığında diğer vatandaşlarla temasları uygun şekilde gözlemlenmelidir.
- Kurumsal bakım hizmetlerinde az sayıda yaşlıya hizmet veren, tek katlı, şehir merkezlerine yakın ve sosyalleşme fırsatı ile özerk yaşam tercihlerini (dilediği durumda yemeğini yapabildiği, misafirlerini ağırlayabildiği, evcil hayvanını besleyebildiği) birleştirebilen tasarımlara öncelik verilebilir.
- Yaşlıların bağımsız yaşayabilecekleri ya da birkaç yaşlının bir arada kalabileceği ayrı evlerden oluşan yaşlı köyleri kurulabilir. Üniversite öğrenci yurtları ile huzurevlerinin aynı kampüsü paylaştığı nesiller arası iletişimi mümkün kılan kasabalar; yemek, alışveriş ve sağlık hizmetlerinin merkezi bir idare tarafından sağlandığı rezidans projeleri; spor

alanları, hobi aktivite merkezleri ve üretim alanlarını barındıran aktif yaşlanma konseptli bakım merkezleri; geçici süreli bakım ihtiyaçları için yaşlı otelleri gibi yenilikçi modeller de uygulanabilir.

- Gündüz bakım merkezleri (day center) evde yaşayan yaşlıların kendi mahallelerinde (alışık oldukları sosyal çevrede), sosyal hizmet ve rehabilitasyon almalarını sağlayan, yaşlı ve yakınların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan merkezlerdir. Türkiye'de sınırlı uygulaması olan gündüz bakım merkezleri ile yaşlı bakım hizmetlerinin diğer paydaşlarıyla (ASPB, belediyeler, Sağlık Bakanlığı, yaşlı yakınları) yaşlılar için uygun destek hizmetleri planlaması ve hizmet sunumu yapılabilir.
- Kronik sağlık sorunu yaşayan yaşlılar, engelli yaşlılar ve tedavi sonrası uzun nekahet dönemi yaşayan yaşlılar için hastalıklarına göre ihtisaslaşmış bakım ve rehabilitasyon merkezleri kurulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık Bakanlığının geriatik bakım hizmetlerini yaygınlaştırması ve palyatif bakım konusunda daha fazla inisiyatif alması özellikle en yaşlı olarak tanımlanan 85 ve üzeri yaş grubunun yaşam kalitesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda mevcut durumda uygulanan huzurevleri ile en yakın sağlık kuruluşunun eşleştirilmesi yaygınlaştırılabilir, hizmet standardını geliştirmek için yaşlı yakını ve personelin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışma yapılabilir.
- Evde bakım hizmetlerinden faydalanan yaşlıların acil durumlarda gereksinim duydukları sağlık ve sosyal hizmet desteğine ulaşabilmeleri için (acil durum butonu gibi) ileri teknoloji ürünlerinin ihtiyaç sahibi tüm yaşlılarca kullanılabilir hale getirilmesi sağlanabilir. ASPB tarafından hazırlanan Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) da evde bakım ve kurumsal bakım hizmetlerinin geliştirilmesinin yanı sıra bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin geliştirilmesi üzerinde durmaktadır (ASPB, 2016c).

Kurumsal bakım hizmetlerinde geliştirilmesi gereken tekil konuların yanında, hâlihazırda denenmiş, uygulanabilir, yerele uygun modellerin yaygınlaştırılması da üzerinde durulması gereken bir diğer konudur. Bu kapsamda Yaşlı Destek Programı (YADES) çerçevesinde büyükşehir belediyelerine verilen hibelerle geliştirilen modeller ASPB tarafından diğer ülkelerin iyi örnekleri ile kıyaslanarak geliştirilmeli ve geniş katılımlı bir şekilde tip projeler üretilmelidir. Örneğin Kadıköy ve Bursa Belediyelerinin uyguladığı özel sektörden hizmet satın alma, Emekliler Derneğinin Tuzla'da yaptığı rezidans projesi, özel sektörün işlettiği yaşlı apart evleri gibi cari örnekler incelenmeli ve yaygınlaştırma potansiyelleri değerlendirilmelidir.

Diğer taraftan Türkiye'de özel huzurevlerine güvenin daha az olduğu değerlendirilerek kurumsal bakım hizmetlerinde alternatif kamu-özel işbirliği modelleri geliştirilmelidir. Bu kapsamda kâr amacı gütmeyen ya da özel sektör üzerinden hizmet alım standartlarının belirlenmesi, kılavuzlar, akreditasyon sistemi, kurumlara yönelik denetim mekanizması gibi konular detaylı olarak incelenmelidir.

### 6.5. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde İnsan Kaynağı İhtiyacı

Genel anlamda yaşlı bakım hizmetleri projeksiyonu ve özelde de insan kaynağı projeksiyonu

yaparken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir husus bakım türlerinin birinin hizmet kalitesi ve erişilebilirliğinin diğerine olan talebi değiştirdiğidir. Örneğin bugün Türkiye'de yaşlı bakım aylığı ve huzurevleri olmak üzere iki temel hizmetten söz edilebilir. Bazı büyükşehir belediyesi uygulamaları dışında yaşlıların evde günlük ihtiyaçlarının ve kişisel bakımının karşılandığı sistematik bir yardım mevcut değildir. Halbuki yaşlıların bir kısmı gündelik aktivitelerin sadece bazılarını yapamadığı için huzurevini tercih etmektedir. Huzurevinde kalan, kalmak için sıra bekleyen veya yaşlanınca huzurevine giderim diyen potansiyel yaşlılara evde kendi başına yapamadığı iş ve/veya işlevlerin gündelik ziyaretler ile karşılanması durumunda huzurevinde kalma eğilimleri değişecektir. Dolayısıyla bu raporda çalışılan senaryolar mevcut hizmetlerin var olması ve devam etmesi varsayımını içermektedir. Ancak raporda önerilen evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi durumu bütün senaryoları değiştirecektir.

Huzurevi planlaması için de varsayımsal bir durum bulunmaktadır. Huzurevinde kalan insanlar kaliteli bir evde bakım ile huzurevinden ayrılmayı düşünecekleri gibi huzurevinde kalıyormuş diyen yaşlı adaylarının gerçekten seçim aşamasına geldiklerinde çok daha azının huzurevinde kalmayı tercih edeceği beklenmektedir. Dolayısıyla beyana dayanan projeksiyonların da bu çerçevede ele alınması gerekir.

Yukarıda sıralanan nedenlerden dolayı insan kaynağı planlaması adına rakamsal değil ilkesel bazı öngörülerde bulunulmuştur.

AB başta olmak üzere gelişmiş ekonomilerde bile evde yaşlı bakımının önemli bir kısmı aile ve yakın çevreden oluşan informel kaynaklardan karşılanmaktadır. Bu durum yaşlının beden ve ruh sağlığının korunması açısından da oldukça önemlidir. Bu bakımdan insan kaynağının planlaması yapılırken sadece profesyonel anlamda bakım hizmetinden sorumlu kişiler değil, evde yaşlı bakım hizmeti sunan aile bireylerine yönelik sosyal ve psikolojik destek, bakım eğitimi gibi hizmetler de üniversitelerin ilgili bölümleriyle işbirliği içerisinde planlanabilir. Yaşlının gerekli bakım hizmetini aldığından emin olmak için bakımı üstlenen aile ve yakın çevrenin sosyal hizmet uzmanları tarafından ihtiyaca göre düzenli aralıklarla denetlenmesi, gerekli durumlarda bakıcı ve yaşlı için mesleki müdahale planı çerçevesinde alınacak önlem ve düzenlemelerin planlanması üzerinde çalışılması gereken diğer konulardır.

10. Kalkınma Planı kapsamında hazırlanan Sosyal Hizmetler ve Yardımlar Sistemi Çalışma Grubu Raporuna göre insan kaynağı konusundaki temel sorun çalışanların eğitimleri ve nitelikleridir. Söz konusu rapora göre (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014:139); sosyal hizmetler ve yardımlar ile ilgili faaliyetleri yürütecek nitelikli insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla uzun vadeli insan kaynakları politikası geliştirilebilir. Bu kapsamda:

- Sosyal hizmet ara elemanı eğitim programları devreye sokulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.
- Özellikle yaşlılıkla ilgili yüksek lisans ve doktora programlarının açılması teşvik edilmelidir.
- Uzmanlaşmanın önemsendiği bir kurumda çalışanların potansiyellerini ortaya koyma konusunda daha istekli davranmalarına katkı olması bakımından kariyer uzmanlıklarının sayısı artırılmalıdır.

- Uzman yardımcılığı kadrolarına önem verilmeli ve buralara başta sosyal hizmet bölümleri olmak üzere, sosyoloji, psikoloji ve sağlık yönetimi gibi ilgili lisans formasyonuna sahip olanların atanmasına öncelik verilmelidir.
- Personelin hizmet içi eğitim programlarından yeterince ve sistemli bir şekilde yararlanabilmesi için üniversitelerin ilgili bölümlerinden bilimsel destek sağlanmalıdır.

ASPB tarafından hazırlanan Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı (2011-2013) beş temel öncelik arasında hizmet veren personelin eğitimi ve kalitesinin artırılmasını kapsamaktadır (ASPB, 2016c).

Yaşlılıkta karşılaşılan önemli sorunlardan birisi de ihmal ve istismardır. Günümüz dünyasında yaşlı istismarının giderek görünür hale gelmesine etki eden en önemli etken yaşlı nüfusun hızla artmasıdır. Nüfusun yaşlanma hızı göz önüne alındığında Türkiye'de de önümüzdeki süreçte yaşlı istismarı bir risk unsuru olabilir (Lök, 2015). Yaşlı istismarı ve ihmali olgusu sadece aile içinde meydana gelmemekte huzurevleri, bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi sosyal hizmet ve sağlık kurumlarında da rastlanabilmektedir. Diğer taraftan, yasal olarak istismar vakalarının bildirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, kurumlar arası koordinasyon yetersizliği, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire vb. uzman personelin eksikliği istismar ve ihmalin tespitini zorlaştıran nedenler arasında sayılabilir. Bu nedenlerden dolayı özellikle evde bakım hizmeti alan yaşlılar başta olmak üzere bakıma muhtaç yaşlıların sürekli olarak sosyal hizmet uzmanları tarafından takibi ihmal ve istismara uğrama olasılığını ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir. Ayrıca Alo 183 Sosyal Destek Hattının kurulmuş olması bu yönde atılmış önemli bir adım olarak nitelendirilebilir.

## KAYNAKÇA

AgeUK (2014). *Care in crisis 2014*, 29 Haziran 2016, [http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Campaigns/CIC/Care\\_in\\_Crisis\\_report\\_2014.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk%3Dtrue](http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Campaigns/CIC/Care_in_Crisis_report_2014.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk%3Dtrue)

AgeUK (2016). *The care act*, 29 Haziran 2016, <http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/the-care-act>

Altan, Ö. Z. (2006). *Sosyal politika*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Alzheimer Europe (2009a). *France social support systems*, 22 Haziran 2016, <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Social-support-systems/France>

Alzheimer Europe (2009b). *Italy home care*, 29 Haziran 2016 <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/Home-care/Italy>

Anttonen, A. ve Sipila, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models?. *Journal of European Social Policy*, 6 (2), 87-110.

Artan, T. (2016). Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar. *HSP*, 3 (1):48-56.

Bookman, A. ve Deila, K. (2011). Families and elder care in the twenty-first century, *The Future of Children*, 21 (2), 117-140.

Caniklioğlu, N. (2007). Yaşlılık sigortasının yeniden yapılandırılmasının esasları. *Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri; 7-8 Aralık 2006*, Ankara: TİSK Yayınları.

Costa-Fond, J. ve Gonzalez, A.G. (2009). Long-term care reform in Spain. *Eurohealth*, 13, (1), 20-22.

Dallı, S. (2012). Bakıma muhtaçlık kriterleri ve yurtdışı uygulamaları, *I.Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi ve III.Geriatrik Fizyoterapi Bildirileri*, 21-23 Kasım 2012, İzmir: (edisyon) ASPB.

Deusdad, B.D., Comas-dArgemir, D. ve Dziegielewska, S.F. (2016). Resturuting long-term care in Spain: the impact of the economic crisis on social policies and social work practise, *Journal of Social Service Research*, 42, (2), 246-262.

DPT. (2006). *Dokuzuncu kalkınma planı: Sosyal güvenlik özel ihtisas komisyonu raporu*. Ankara: DPT Yayınları.



DPT. (2007). *Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı*. Ankara: DPT Yayınları.

Dutch Ministry of Health Welfare and Support (2016). *Healthcare in the Netherlands*, 16 Haziran 2016, <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands.pdf>

Eryurt, M. A., Adalı, T. ve Şahin, E. (2010). Türkiye'de doğurganlığın dönüşümü: alt nüfus gruplarındaki farklılaşmalar: Türkiye'de doğurganlık, üreme sağlığı ve yaşlılık. *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008 illeri analiz çalışması* içinde (1-40). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Eryurt, M. A. (2014). Türkiye'de yaşlı nüfus ve yaşlılık dönemiyle ilgili yaşam tercihleri. *Türkiye aile yapısı araştırması tespitler, öneriler* içinde (88-109). Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

European Commission (2015). *The 2015 Ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU member states (2013-2060)*, 28 Ağustos 2016, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/pdf/ee3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf)

European Parliamentary Research Service-EPRS (2014). *Older people in Europe: EU policies and programmes*, 30 Haziran 2016, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM\\_BRI\(2014\)140811\\_REV1\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2014/140811/LDM_BRI(2014)140811_REV1_EN.pdf)

Fukushima, N., Adami, J. ve Palme, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in Sweden*, 14 Temmuz 2016, [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANTIEN\\_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANTIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf)

Gagliardi, C., Rosa, M., Gabirella, M. ve Mechiorre, G. (2012). Italy and the aging society: overview of demographic trends and formal/informal resources for the care of older people, *Advances in Sociology Research*, 13, 85-104.

Gallego, V. M. (2014). *Reform and sustainability of long-term care in Spain*, 16 Haziran 2016, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13224&langId=en>

German Social Insurance (2016). *Long-Term care insurance*, 10 Haziran 2016, [http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm\\_care/index.html](http://www.deutsche-sozialversicherung.de/en/longterm_care/index.html)

Government of Netherlands (2016). *Care for older people*, 16 Haziran 2016, <https://www.government.nl/topics/care-for-older-people/contents/living-independently-for-longer>

Gray, B. H., Sarnak, D. O ve Burgers, J. (2015). *Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg model*, 16 Haziran 2016, <http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands>

Gruenberg, E. M. (1977). The failures of success, *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 55, s. 3-24.

Gutierrez, L. F., Martin, S. J., Sanchez, R. V. ve Vilaplana, C. (2010). *The long-term care system for the elderly in Spain*, 16 Temmuz 2016, [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANTIEN\\_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANTIEN_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA), 2008*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Hamada, K. ve Raut, L.K. (2007). Ageing and elderly care in an open economy, *Ageing and the Labor Market in Japan (Problems and Policies)*, içinde (75-90). UK: Edward Elgar Pub.

Hebert, R., Durand, P.J., Dubuc, N. ve Tourigny, A. (2003). PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada, *International Journal of Integrated Care*, (3), 1-8.

Henderson, C., Knapp, M. (2003). *Social services in the UK: an annotated bibliography*, LSE Research Online.

Iliev, I. Ve Dotsinsky, I. (2011). Assisted living systems for elderly and disabled people: a short review. *Int.J.Bio Automation*, 15 (2), 131-139.

Joel, M. E., Kippelen, S. D., Duchene, C. ve Marmier, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in France*, 20 Temmuz 2016, [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANTIEN\\_%20RR%20No%2077%20France.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANTIEN_%20RR%20No%2077%20France.pdf)

Koç, İ., Eryurt, M. A., Adalı, T. ve Çağatay, P. (2010). *Türkiye'nin demografik dönüşümü: doğurganlık, aile planlaması, anne çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler: 1968-2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Kodner, D. (2006). Whole system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: exploration of north American models and lessons. *Health and Social Care in the Community*, 14, 384-390.

Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Röhring, G. ve Czepionka, T. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*, 15 Temmuz 2016, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIRNo91TypologyofLTCSytemsEurope.pdf>

Le Site Officiel De L'administration Française (2016a). *Allowances and assistance for the elderly*, 22 Haziran 2016, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N392>



Le Site Officiel De L'administration Française (2016b). *Accommodation for the elderly (nursing homes)*, 22 Haziran 2016, <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, *International Journal of Integrated Care*, 4 (3), 28 Ağustos 2016, <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.107/>

Lindgren, B. (2016). The rise in life expectancy, health trends among the elderly, and the demand for health and social care, *The National Institute of Economic Research Working Paper*, No 142.

Lök, N. (2015). Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistemik derleme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (2), s.149-156.

Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population, *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 60, s. 183-244.

Matcha, D. (1997). *The sociology of ageing: a social problems perspective*, Newyork: Allyn and Bacon Press.

Mot, E., Aouragh, A., Groot, M. ve Mannaerts, H. (2010). *The long-term care system for the elderly in the Netherlands*, 14 Temmuz 2016, [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/LTCSYSstemInThe%20Netherlands\\_RR90.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/LTCSYSstemInThe%20Netherlands_RR90.pdf)

OECD (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?*, 29 Ağustos 2016, <https://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf>

OECD (2013a). *Health at a glance 2013 OECD indicators*, 29 Haziran 2016, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

OECD (2013b). *Public spending on health and long-term care: a new set of projections*, 03 Ekim 2015, <http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>

OECD (2016). *OECD Data elderly population*, 03 Ekim 2016, <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>

Ohlsson, M. (2006). *Swedish social services act*, <http://hdl.handle.net/2142/46114>

Robertson, R., Gregory, S., ve Jabbal, J. (2014). *The social care and health systems of nine countries*, 10 Haziran 2016, <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>

Samuelsson, L., Malmberg, B. ve Hansson, J.H. (1998). Daycare for elderly people in Sweden: A national survey. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 310-319.

Schulz, E. (2010). *The long-term care system for the elderly in Sweeden*, 14 Temmuz 2016, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20 RRNo78Germany.pdf>

Share (2016). *Survey of health, ageing and retirement in Europe*, 10 Ekim 2016, <http://www.share-project.org/>

Seyyar, A. (2006). *Değişen dünyada ve Türkiye'de sosyal politikalar*. İstanbul: Değişim Yayınları.

Sweden Sverige (2016). *Elderly care in Sweden*, 15 Haziran 2016, <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*, 33 (2), 211-232.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2006). *Aile yapısı araştırması 2006*, Ankara: TÜİK Matbaası.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2011). *Türkiye'de aile yapısı araştırması (TAYA) 2011*, Ankara: Afşaroğlu Matbaası.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2014). *Türkiye aile yapısı araştırması tespitler, öneriler*. İstanbul: ÇizgeTanıtım.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015a). *2015 yılı idare faaliyet raporu*, 22 Eylül 2016, <http://www.aile.gov.tr/data/56d469a8369dc56f90d98bbd/2015%20Y%C4%B1%C4%B1%20 Bakanl%C4%B1k%20%20C4%B0dare%20Faaliyet%20Raporu.pdf>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015b) *Türkiye'de sosyal hizmet ve yardımların yeniden Organizasyonu*, Ankara.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016a). *ASPB mevzuat bilgi portalı*, 20 Eylül 2016, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.633.pdf>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016b). *ASPB mevzuat*, 24 Eylül 2016, <http://alo144.aile.gov.tr/mevzuat-bilgi-portali/sevgi-evi>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016c). *Bakım hizmetleri stratejisi ve eylem planı 2011-2013*, 24 Eylül 2016 <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yayinlar/bakim-hizmetleri/bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-planı-2011-%E2%80%932013>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016d). *SOYBİS web sayfası*, 24 Eylül 2016 <http://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/uygulamalar/soybis>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016e). *Yaşlı bakım hizmetleri*, 05 Ekim 2016 <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasli-bakim-hizmetleri>

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). *Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı*, Ankara.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2015). *Yayınlanmamış iç raporlar*.

T.C. Başbakanlık (2005). *Kamu yönetiminde yeniden yapılanma 9. sosyal güvenlik reformu: Sorunlar ve çözüm önerileri*. Ankara: Başbakanlık Basımevi.

T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal Riski Azaltma Projesi Koordinasyon Birimi (2006). *Yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerin değerlendirilmesi raporu*, 20 Eylül 2016, <http://www.huzurevleri.org.tr/docs/YasliLaraSunulanSosyalHizmetlerinDegerlendirilmesi.pdf>

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2010). *2010 yılı yatırım programı*, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). *Sosyal hizmetler ve yardımlar sistemi çalışma grubu raporu* (Basılmamış Rapor).

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014). *Onuncu kalkınma planı yaşlanma özel ihtisas komisyonu raporu*, Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları.

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2016). *2016 yılı yatırım programı*, 24 Eylül 2016, [http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KamuYatirimProgramlari/Attachments/54/2016\\_Yili\\_Yatirim\\_Programi.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/KamuYatirimProgramlari/Attachments/54/2016_Yili_Yatirim_Programi.pdf)

T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Maliye Kontrol Genel Müdürlüğü (2016). *İstatistikler web sayfası*, 20 Eylül 2016, <http://www.bumko.gov.tr/TR,6310/2015.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). *Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge*, 05 Ekim 2016, <http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler/603-salk-bakanlnca-sunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-haknda-yoenerge-.html>

Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri, *Çalışma ve Toplum*, 2010 (1).

Tediosi, F., Gabriele, S. (2010). *The long-term care system for the elderly in Italy*, 20 Temmuz 2016, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20 ANCIEN %20 RR%20No%2080%20Italy%20edited%20final.pdf>

The Swedish Agency for Participation (2016). *Assitive techology in the home*, 15 Haziran 2016, <http://www.mfd.se/other-languages/english/assistive-technology-in-sweden/assistive-technology-in-the-home/>

Tunstall (2016). *Teleassistance in Spain: adding value with a preventative approach*, 27 Haziran 2016, <http://tunstall.com/media/1237/tunstall-televida-case-study.pdf>

Turğut, M. (2009). *Türkiye'de yaşlanma, yaşlanma üzerine politikalar ve yaşlanmanın demografik geçiş sürecindeki yansımaları*. Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (1995). *The population of Turkey, 1923-1994: demographic structure and development*. Yayın No: 1716. Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2013). *Nüfus projeksiyonları: 2013-2075*, 26 Ağustos 2016, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1027](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016a). *Doğum istatistikleri*, 2015, Haber Bülteni Sayı: 21514, 26 Ağustos 2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016b). *Genel nüfus sayımları ve adrese dayalı nüfus kayıt istatistikleri*. 26 Ağustos2016, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2016c). *Hayati istatistikler*, 26 Ağustos2016, [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1060](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060)

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World population prospects: the 2015 revision*, custom data acquired via website, 26 Ağustos 2016. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

Yıldırım, H.A. (2012). Türkiye'de bakım modelleri, *I.Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri Ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi Ve Iıı.Geriatrik Fizyoterapi Bildirileri*, 21-23 Kasım 2012, İzmir, (edisyon) ASPB.

Yüksel, Y. (2007). *Türkiye'de demografik geçiş süreci ve sosyal politikalar*. Uzmanlık Tezi. Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.

Yüksel Y. (2015). In search for a pronatalist population policy for Turkey, *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 14 (1) s. 19-38.

Which? (2016). *Elderly care*, 29 Haziran 2016, <http://www.which.co.uk/elderly-care>