

## **OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler**

### *Financing of Long-Term Care Services in Line with OECD Countries Practices and Suggestions for Turkey*

**Tolga BAL**

Sosyal Güvenlik Uzmanı, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
ÇEEİ Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi

Mart 2016, Cilt 6, Sayı 1, Sayfa 159-196  
March 2016, Volume 6, Number 1, Page 159-196

P-ISSN: 2146 - 4839

E-ISSN: 2148-483X

2016/1

[www.sgd.sgk.gov.tr](http://www.sgd.sgk.gov.tr)

e-posta: [sgd@sgk.gov.tr](mailto:sgd@sgk.gov.tr)

Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde, SGD elektronik ortamda tam metin olarak yayımlamak da dahil olmak üzere, tüm yayın haklarına sahip olacaktır. Yayınlanan yazılardaki görüşlerin sorumluluğu yazarlarına aittir. Yazı ve tablolardan kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

If the manuscripts are accepted to be published, the SGD has the possession of right of publication and the copyright of the manuscripts, included publishing the whole text in the digital area. Articles published in the journal represent solely the views of the authors.

Some parts of the articles and the tables can be cited by showing the source.

Cilt: 6 - Sayı: 1 - Yıl: 2016 / Volume: 6 - Number: 1 - Year: 2016

**Sahibi / Owner of the Journal**

Sosyal Güvenlik Kurumu Adına / On behalf of the Social Security Institution  
Dr. Mehmet Selim BAĞLI (Kurum Başkanı / President of the Institution)

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Responsible Publication Manager**

Uğur KORKMAZ

**Yayın Kurulu / Editorial Board**

Dr. Mustafa KURUCA  
Eyüp Sabri DEMİRCİ  
Recep GÜRBÜZ  
Erdoğan ÜVEDİ  
Aydın GEDİKLİ  
Yalçın SALAY

**Editörler / Editors**

Doç. Dr. Erdem CAM  
Selda DEMİR  
Asuman KAÇAR

**Yayın Türü:** Uluslararası Süreli Yayın / Type of Publication: Periodical

**Yayın Aralığı:** 6 aylık / Frequency of Publication: Twice a Year

**Dili:** Türkçe ve İngilizce / Language: Turkish and English

**Basım Tarihi:** Press Date: 30.03.2016

*Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD),*

*TUBİTAK ULAKBİM - TR*

*ASOS INDEX - TR*

*SOBIAD - TR*

*DOAJ - SE*

*EBSCO HOST - US*

*INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL tarafından indekslenmektedir.*

*Journal of Social Security (SGD), has been indexed by*

*TUBİTAK ULAKBİM - TR*

*ASOS INDEX - TR*

*SOBIAD - TR*

*DOAJ - SE*

*EBSCO HOST - US*

*INDEX COPERNICUS INTERNATIONAL - PL*

**SGD Sosyal Güvenlik Dergisi**

Tüm hakları saklıdır. Dergi'de yer alan bilimsel çalışmaların bir kısmı ya da tamamı, telif hakları çığnınmeksizin, eğitim, araştırma ve bilimsel amaçlarla çoğaltılabilir.

**Tasarım / Design:** Pinhole Medya - Ankara - info@pinholemedya.com

**Basım Yeri / Printed by:** Dumat Ofset

**İletişim Bilgileri / Contact Information**

Ziyabey Caddesi No: 6 Balgat / Ankara / TURKEY

Tel / Phone: +90 312 207 88 91 – 207 87 70 • Faks / Fax: +90 207 78 19

Erşim: www.sgd.sgk.gov.tr • e-posta / e-mail: sgd@sgk.gov.tr

---

## ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

---

**Professor Yener ALTUNBAŞ**  
Bangor University - UK

**Professor Paul Leonard GALLINA**  
Bishop's University - CA

**Professor Jacqueline S. ISMAEL**  
University of Calgary - CA

**Professor Özay MEHMET**  
University of Carleton - CA

**Professor Allan MOSCOVITCH**  
University of Carleton - CA

**Professor Mark THOMPSON**  
University of British Columbia - CA

**Asst. Prof. Sara HSU**  
State University of New York - USA

**Asst. Prof. C. Rada Von ARNIM**  
University of Utah - USA

---

## ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

---

**Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR**  
TÜBA

**Prof. Dr. Mustafa ACAR**  
Aksaray Üniversitesi

**Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ**  
Ankara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Prof. Dr. Örsan AKBULUT**  
TODAİE

**Prof. Dr. Levent AKIN**  
Ankara Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Yusuf ALPER**  
Uludağ Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Faruk ANDAÇ**  
Çağ Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Kadir ARICI**  
Gazi Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Onur Ender ASLAN**  
TODAİE

**Prof. Dr. Berrin Ceylan ATAMAN**  
Ankara Üniversitesi  
Siyasal Bilgiler Fakültesi

**Prof. Dr. Hayriye ATİK**  
Erciyes Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Zakir AVŞAR**  
Gazi Üniversitesi  
İletişim Fakültesi

**Prof. Dr. Ufuk AYDIN**  
Anadolu Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Remzi AYGÜN**  
Gazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

**Prof. Dr. Abdurrahman AYHAN**  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Serpil AYTAÇ**  
Uludağ Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Mehmet BARCA**  
Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi  
İşletme Fakültesi

**Prof. Dr. Vedat BİLGİN**  
TBMM

**Prof. Dr. Nurşen CANİKLİOĞLU**  
Marmara Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Fevzi DEMİR**  
Yaşar Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. A. Murat DEMİRCİOĞLU**  
Yıldız Teknik Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Ömer EKMEKÇİ**  
İstanbul Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Şükran ERTÜRK**  
Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Ali GÜZEL**  
Kadir Has Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Alpay HEKİMLER**  
Namık Kemal Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Oğuz KARADENİZ**  
Pamukkale Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Türksel KAYA BENGSHIR**  
TODAİE

**Prof. Dr. Aşkın KESER**  
Uludağ Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Cem KILIÇ**  
Gazi Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Ali Rıza OKUR**  
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Serdar SAYAN**  
TOBB Ekonomi ve  
Teknoloji Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Ali SEYYAR**  
Sakarya Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER**  
Yaşar Üniversitesi Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Sarper SÜZEK**  
Atılım Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. Müjdat ŞAKAR**  
Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi

**Prof. Dr. Savaş TAŞKENT**  
İstanbul Teknik Üniversitesi  
İşletme Fakültesi

**Prof. Dr. Mehtap TATAR**  
Hacettepe Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Sabri TEKİR**  
İzmir Üniversitesi İİBF

**Prof. Dr. Aziz Can TUNCAY**  
Bahçeşehir Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Prof. Dr. M. Fatih UŞAN**  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Doç. Dr. Süleyman BAŞTERZİ**  
Ankara Üniversitesi  
Hukuk Fakültesi

**Doç. Dr. Hediye ERGİN**  
Marmara Üniversitesi İktisat Fakültesi

**Doç. Dr. Saim OCAK**  
Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi

**Doç. Dr. Ferda YERDELEN  
TATOĞLU**  
İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi

**Doç. Dr. Mehmet TOP**  
Hacettepe Üniversitesi İİBF

**Doç. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ**  
Ankara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

# OECD Ülke Uygulamaları Doğrultusunda Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansmanı ve Türkiye İçin Öneriler

## Financing of Long-Term Care Services in Line with OECD Countries Practices and Suggestions for Turkey

Tolga BAL\*

### ÖZ

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun hızla yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinde, artan talebe karşı azalan arz noksanı yaratmaktadır. Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye’de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, zira söz konusu arz geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır. Diğer taraftan nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını yakın gelecekte önemli ölçüde etkileyecektir. Bu makale, Türkiye’de yakın gelecekte ortaya çıkabilecek söz konusu olumsuzluklar karşısında tedbirli olunmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına dikkat çekilmesini amaçlamaktadır. Bu çerçevede makalede bakım emeği, UDB, UDB hizmetlerinin finansmanı ile ilgili OECD ülke uygulamaları ve bu doğrultuda Türkiye için öneriler yer almaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Bakım emeği, uzun dönemli bakım (UDB), uzun dönemli bakımın finansmanı, OECD, Türkiye

### ABSTRACT

Today in the OECD countries, rapid aging of the population, increased life expectancy, the increase in women’s participation in employment, changing family structures and reduced fertility have created increasing demand against diminishing supply deficiency of long-term care (LTC) services which have been traditionally performed by women. Today in Turkey with both young population and female employment rate that is quite lower than the OECD average, supply of LTC services do not create serious problems for society, because mentioned supply has been still traditionally and overwhelmingly provided by women of family members. However the aging of the population, the increase of life expectancy, the increase in women’s participation in employment, changing family structures and reduced fertility will significantly affect the LTC service delivery that traditionally performed by women and also financing in the near future. This article aims to draw attention to the caution and take the necessary precautions against such adversities that may arise in the near future in Turkey. In this context, this article contains care labor, LTC, OECD countries practices related to delivery and financing of LTC services and recommendations for Turkey in line with OECD experiences.

**Keywords:** Labor care, long term care (LTC), financing of long term care, OECD, Turkey

\* *Sosyal Güvenlik Uzmanı, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, ÇEEİ Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi*  
tbal@sgk.gov.tr

## GİRİŞ

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun hızla yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinde, artan talebe karşı azalan arz noksanı yaratmaktadır.

Kalkınmanın ve küreselleşmenin etkisiyle, özellikle 1970'li yılların sonundan itibaren ülkeler, aile üyelerine bırakamadıkları bakım hizmetlerinin sunumunu gelişmişlik düzeyi ve uyguladıkları sosyal refah rejimleriyle bağlantılı olarak UDB hizmetlerinde ortaya çıkan arz açığını ve talep artışını oluşturdukları çeşitli finansman ve hizmet sunum modelleriyle gidermeye çalışmıştır.

Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye'de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamakla birlikte nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını yakın gelecekte önemli ölçüde etkileyecektir.

Bu makalenin ilk bölümünde bakımın çok yönlü bir konu olması itibarıyla bakım kavramı, bakımın toplumdaki yeri, bakım emeğinin özellikleri, bakım emeğinin kadınlar tarafından yerine getirilmesinin kadın işgücü (yerli/göçmen) açısından etkileri ve uzun dönemli bakım hizmetleri genel olarak kısaca açıklanmıştır.

Makalenin ikinci bölümünde hızla yaşanan ve yaşam beklentisi artan OECD ülkelerinde UDB hizmetlerinde oluşan arz açığının nedenleri ve UDB hizmetleri çerçevesinde ortaya çıkan finansman yöntemleri sunulmuştur. Son bölümde ise UDB hizmetlerinin Türkiye'de finansmanının sağlanmasına ve sunumuna yönelik öneriler yer almaktadır.

## I- BAKIM EMEĞİ VE UZUN DÖNEMLİ BAKIM (UDB)

### A- Bakım Kavramı, Bakım Emeğinin Özellikleri ve Toplumdaki Yeri

“Bakım” kelimesi bir yandan bakım işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir

durumda kalması için verilen emek anlamında kullanılırken diğer taraftan birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu, 1998:203).

Bir sosyal politika kavramı olarak ise bakım kavramı, kendi kendine kişisel sağlığı ve refahı sağlayamayacak durumda olan çocuk, yaşlı, engelli ve kronik rahatsızlığı olan kişilere yönelik sunulan hizmetleri ve/veya bu kişileri destekleyici yönde verilen nakdi, aynı yardımları içerecek şekilde daha genel bir çerçevede tanımlanabilir (Gökbayrak, 2009:59).

Fakat bu tanımının ötesinde bakım emeği niteliği gereği duygusallığı içermektedir. Bakım hizmeti sunulurken bakımı üstlenilen kişiyle bakım faaliyetini yürüten arasında var olan ilgi, sevgi gibi duygular her zaman etkileşim halindedir (Badgett ve Folbre, 1999:312). Emeğin kişiyle özdeşleşmesi, yani bakım emeğinin bakım faaliyetini yürüten kişiden ayrılamaması ve hizmet sunulanla kurulan duygusal bağ, bakım emeğini diğer piyasalaşmış emek kategorilerinden ayıran ve bakım emeğini eşsiz kılan en temel özelliktir.

Konuya ilişkin literatürde düşük ücretlendirilen bir sektör olarak bakım emeği birçok yaklaşım ile açıklanmaya çalışılmıştır. England'a göre bakım dört temel eksende incelenmektedir. Bu yaklaşıma göre bakım işleri; genellikle kadınlar ile ilişkili olmasından dolayı kötü bir şekilde ödüllendirildiğini savunan "devalüasyon" eksenini, faydasının hizmet alan kişilerin ötesinde bir fayda sağladığını ve özelleştirilmesinin piyasa başarısızlığı getireceğini savunan "kamu yararı" eksenini, içsel bakım motiflerinin işverenler tarafından düşük ücretlendirme suretiyle istismar edildiğini savunan "aşk mahkumu" eksenini ve duygusal yararına odaklanmak yerine onun maddi yararına odaklanılmasının duygusal zarara yol açtığını savunan "duygunun metalaşması" eksenini doğrultusunda incelenmektedir (England, 2005:381).

Literatürde kabul gören diğer bir görüşe göre ise bakım emeği üç temel eksende incelenmektedir. Bu yaklaşıma göre bakım; toplumsal cinsiyet roller ve sosyo-ekonomik ilişkiler neticesinde kadının hanede karşılıksız iş ve hizmetleri sunmasına odaklanan "maddi, ekonomik" eksen, bakımın bireylerin olduğu kadar toplumun da refahını sağlayan bir etik veya ahlaki yönelim olarak gören "maddi olmayan, toplumsal ilişkiler" eksenini ve

bakımın arz ve talebinin nasıl yönetilmesi gereği üzerinde duran “sosyal politika, refah” ekseninde incelenmektedir (Toksöz, 2014:4-5).

1980’lere kadar yerleşik olan literatür kadının, sadece gelir getirici üretken çalışmasını dikkate almakta diğer taraftan ev içi iktisadi faaliyetlerini, piyasa-dışı faaliyetler olarak önemsiz ve ikincil olarak nitelendirerek sosyal yeniden üretimi ve kadın emeğini görünmez kılmaktaydı (Toksöz, 2011:88-91). Sonrasında işgücü piyasasında metalaşmış bir değiş tokuşun dışında; ev işleri, çocuk bakımı, yaşlı bakımı gibi farklı üretim faaliyetlerini ifade eden “yeniden üretim” olgusu feminist iktisatçılar tarafından görünür kılınarak daha kapsamlı şekilde incelenmeye başlanmıştır. Bakım hizmetlerinde kullanılan emek de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Bakım hizmetlerinin genellikle enformel şekilde yürütülmesi, ev içi üretimin ve bakım emeğinin pratikte birbirinden ayrılmasının ve değerlendirilmesinin güçlüğü, bakım emeğini görünmez kılarak söz konusu “duygusal ekonominin” değerinin, verimliğinin ve etkinliğinin net bir şekilde ölçülmesini engellemektedir.

Bakıma ilişkin çalışmalar başta Batı Avrupa’da yer alan ülkeler olmak üzere gelişmiş ülkelere yöneliktir. Ailenin ve çoğunlukla kadınların bakım işi açısından merkezi önemde olduğu gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelere ilişkin bu konuda çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Bunun nedeni bu ülkelerde halen yaşlı nüfusun oranının, kadınların istihdama katılım oranlarının düşük oluşu sonucu bakım hizmetlerinde herhangi bir arz açığı ve talep artışının ortaya çıkmamasıdır. Kadınlar tarafından hanede karşılıksız olarak sunulan bakım hizmetleri bu toplumlarda tamamen görünmez kalabilmektedir. Yine de bunların içerisinde de kadınların istihdama artan katılımıyla ortaya çıkan bakım açığının piyasadan özellikle de yine göçmen kadın işgücü yoluyla kapatılmaya çalışıldığı görülmektedir.

## **B- Bakım Emeğinin Kadınlar Tarafından Yerine Getirilmesinin (Feminizasyonunun) Kadın İşgücü (Yerli ve Göçmen) Açısından Etkileri**

Gelişmiş ülkelerde kadınların ücretli işgücüne artan katılımı, düşen doğurganlık oranları, uzayan yaşam süreleri ve toplumun yaşlanması bu ülkelerin refah rejimleri üzerindeki baskısının yol açtığı “bakım krizi”nin sonucunda, hane içindeki ödenmeyen bakım işleriyle işgücü

piyasasındaki ödenen bakım işleri giderek daha fazla tartışılır olmuş ve son 20 yılda bu ülkelerin refah rejimlerinde yaşanan dönüşümlerin niteliği, bakım hizmetlerinde göçmen kadın emeğine olan talebin de önemli bir belirleyicisi olarak ortaya çıkmıştır (Toksöz, 2014: 10).

Bakım hizmetlerinde işgücü arzında ortaya çıkan söz konusu açık ise ekonomik ve sosyal sorunlar nedeniyle göç etmekten başka çaresi kalmayan ve bakım hizmetlerinde işgücünün feminizasyonunun bir diğer boyutunu ifade eden göçmen kadınlar tarafından doldurulmaktadır. Bu çerçevede söz konusu açık bir taraftan iç piyasadan, kırsal alanlardan şehirlere göç eden kadınlar (iç göçmen) ve geleneksel olarak aile üyeleri tarafından telafi edilirken diğer taraftan görece daha esnek ve ucuz çalışabilen gelişmemiş ülkelere gelişmiş ülkelere göç eden kadınlar (dış göçmen) tarafından bakım açığı giderilmeye çalışılmaktadır.

Bakım hizmetlerinde çalışan göçmen kadınlar göç ettikleri ülkelerin refah sistemlerinin niteliksel dönüşümünün yarattığı boşluğu da, refahın ucuz ve esnek sunucuları olarak kapatmakta ve gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göçmen kadınlar üzerinden bir refah transferini gerçekleştirmektedirler (Gökbayrak, 2009:69).

Zengin ülkelerde kadınların işgücüne katılımlarının, çocuk sahibi kadınların istihdamdaki oranlarının ve ortalama çalışma sürelerinin artmış olmasına rağmen erkeklerin bakım işlerini paylaşmaya yanaşmaması hususunun devletin kamusal bakım hizmeti sunmamasıyla birleşmesi bakım hizmetlerinde ortaya çıkan arz açığını derinleştirmektedir.

Hochschild esas olarak az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere, ekonomik amaçla yapılan bakım göçü sonrası ortaya çıkan bu yeni işbölümünü “küresel bakım zincirleri” olarak kavramsallaştırmıştır. Bu zincir içerisinde bir yandan gelişmiş ülkelerdeki kadınlar “kendi bakım sorumluluğunu”, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göç eden kadınlara, göçmen kadınlar da “kendi bakım sorumluluğunu” yine kendi ailesinden bir başka kadına ücretsiz olarak ya da o ülkenin kırsal bölgesinden gelen bir başka kadına ücretli olarak devrederek gelişmiş bir ülkede bir başka hane halkının ev ve bakım hizmetlerini üstlenmektedir (Isaksen vd, 2008:405-425).

Bu durumu en güzel özetleyen ifade; “Doğudan batıya ya da güneyden



kuzeye sevgi ithali” olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün zengin ülkeler, hala gelişmekte olan ya da az gelişmiş dünyanın tarımsal ve endüstriyel işgücüne ihtiyaç duymakla birlikte göçmen bakıcılarla gerçek annelik ve evlat duygusunu transfer etmektedirler (Ehrenreich ve Hochchild, 2004:1-14). Az gelişmiş ülkelerden gelen kadın bakıcılar geldikleri ailelere annelik duygusunu getirirken geride kalan çocuklarını bundan mahrum bırakmaktadır.

Göç eden kadınların tamamı yoksul ve düşük eğitilmiş değildir. Bazen yüksek eğitim düzeyine ve iyi bir ekonomik duruma sahip kadınlar da sosyal baskılar, hanedeki yaşlı üyelerin bakımından kaçınma, kazancını babasına veya kocasına vermekten kurtulma ve baskıcı bir kocaya boyun eğmemek için göç etmektedir (Ehrenreich ve Hochchild, 2004:1-14).

### **C- Uzun Dönemli Bakım (UDB)**

Hem sağlık hem de sosyal bakım faaliyetlerini içeren uzun dönemli yaşlı bakımı (UDB) hizmetleri; fiziksel veya bilişsel anlamda fonksiyonel kapasitesi azalmış kişilere ve günlük temel faaliyetlerini gerçekleştirmek için uzun bir süre boyunca dışarıdan yardıma bağımlı olan kişilere sunulan bir dizi hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Fujisawa ve Colombo, 2009:14).

Bu hizmetler; yürüme, banyo yapma, giyinme, beslenme, yemek hazırlama, ev temizliği, ağırla baş etme, güvenli davranış ve başıboş kalma durumlarını giderme, fiziksel ya da psikolojik terapi, danışmanlık, telefonlara cevap verme, ulaşım, ilaçların doğru alınması, paranın doğru kullanımı, faturaların ödenmesi, kişisel hijyenin sağlanması, evlerde ihtiyaç duyulan değişikliklerin yapılması, kapılarının önündeki karların temizlenmesi vb. gibi günlük temel faaliyetlerin (GTF) sağlanmasına yönelik hizmetlerdir.

UDB hizmetleri genel olarak; hizmeti alan kişinin evinde, hizmeti alan kişinin aile üyelerinden ya da arkadaşlarından birisinin evinde, yaşlılara gündüz hizmet veren bir kuruluştaki, gözetim altında tutulan bakımevi gibi herhangi bir yaşam alanında, bir hospiste (Tedavisi mümkün olmayan hastalıklara sahip insanların bakımının yapıldığı hastaneler) ya da huzurevinde profesyonel bakıcılar, ücretli bakıcılar ya da aile bireyleri (genellikle kadınlar) vasıtasıyla sunulmaktadır.

Uzun dönemli bakım ihtiyacı yaşanan hastalıktan, özür lülükten, kronik

hastalıklardan ya da yaşlılıktan kaynaklanan sorunlara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve nedenlerine bağlı olarak duyulan uzun dönem bakım ihtiyacının süresi, ihtiyacı ortaya çıkaran nedene bağlı olarak değişmektedir (Dölek Önal, 2012:95).

Uzun dönemli bakım hizmeti emek yoğun karakteristiği olan, her koşulda pahalı ve kendine özgü duygusallığı olan diğer bakım hizmetlerine kıyasla daha fazla özveri ve profesyonellik gerektiren bir alan olarak daha da maliyetlidir.

## **II- OECD Ülkelerinde Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri**

Bu bölümde öncelikle OECD ülkelerinde ortaya çıkan bakım sorununun oluşumuna etki eden nedenler tespit edilerek, veriler vasıtasıyla açıklanmıştır. Sonrasında UDB hizmetlerinin finansman yöntemleri ortaya konmuştur.

### **A- OECD Ülkelerinde UDB Arz Açığının Oluşumu**

Günümüzde OECD ülkelerinde, nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması; geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinde, artan talebe karşı arz açığı yaratmaktadır.

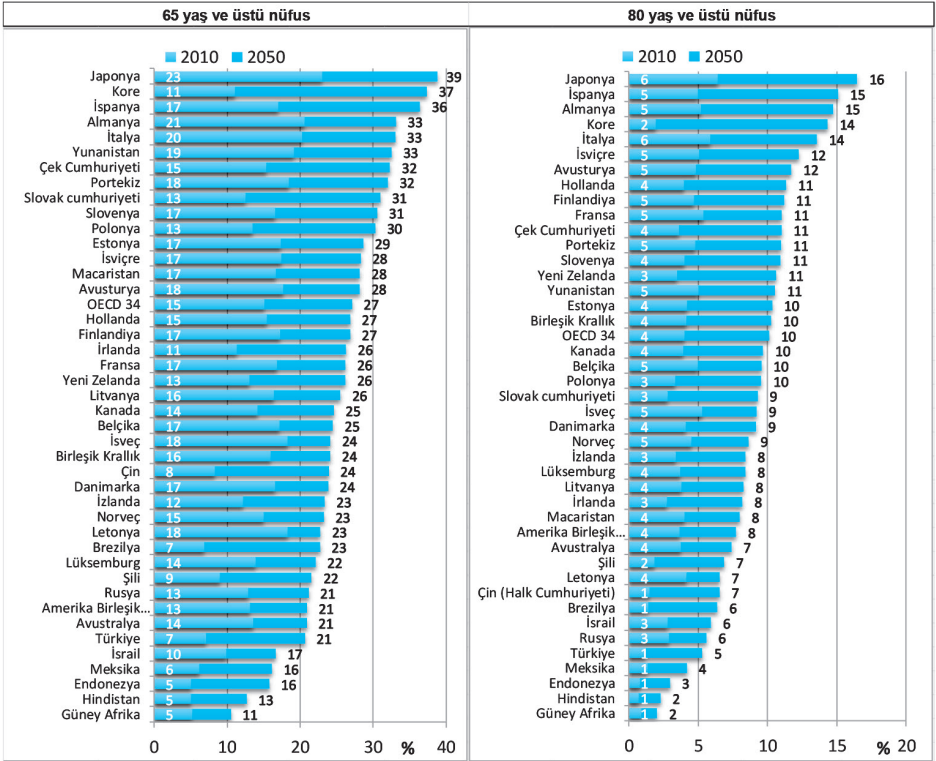
#### **1- Nüfusun Yaşlanması ve Yaşam Beklentisinin Artışı**

UDB hizmetlerinde oluşan açığın nedenlerinden en önemlisi nüfusun hızla yaşlanmasıdır. Birçok ülke için yeni bir olgu olan nüfusun yaşlanması, UDB arz açığının hem arz yönüne hem de talep yönüne olumsuz etki etmektedir.

2010 yılı itibarıyla OECD ülkelerinde yaşanan ve 2050 yılı itibarıyla yaşanacak olan demografik değişim projeksiyonu Şekil 1’de görülmektedir. UDB hizmetlerinin finansmanı 2010 itibarıyla OECD ülkeleri için ciddi bir sorun olarak görülmezken başta Japonya, Kore, İspanya ve Almanya gibi 65 yaş üstü nüfusu fazla olan ülkeler için UDB hizmetlerinin finansmanı çözüm bulunması ve sürdürülebilir kılınması gerekli bir alan olmuştur.

Bu ülkeler de kendi sosyal refah modelleri ve tercihleri doğrultusunda UDB hizmetlerinin finansmanında öncü ülkeler olmuşlardır. Örneğin Almanya, Japonya ve Kore sosyal sigortacılık modeli doğrultusunda

Şekil 1. OECD Ülkelerinin Yaşlanma Trendi



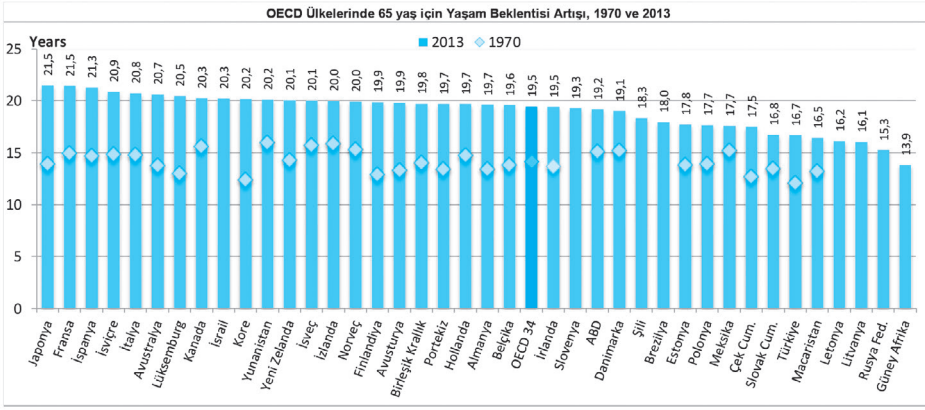
Kaynak: 2015 yılı OECD Geçmiş Nüfus Verileri ve Projeksiyonlar Veritabanı, [<http://dx.doi.org/10.1787/888933281371>], 19.01.2016

UDB sigortası, İsveç İskandinav refah modeli doğrultusunda toplanan vergi gelirleri aracılığıyla UDB hizmetlerini finanse etmektedir.

2050 yılına gelindiğinde ise birçok OECD ülkesinin yaşlanacağı görülürken bu durum da UDB hizmetlerine olan talebi arttıracaktır. En genç nüfusa sahip olan Türkiye’de bile 2050 yılına gelindiğinde 65 yaş üstü nüfusun oranı %17,6 olacaktır. Bu oran, UDB hizmetlerinin finansmanı için sürdürülebilir bir yöntem oluşturulmasını gerekli kılmaktadır.

OECD ülkelerinde yaşam beklentisinin artışı da UDB hizmetlerinde artan talebe karşı oluşan arz açığının bir diğer nedenidir. Şekil 2’de görüldüğü üzere, OECD ülkelerinin yaşam beklentisi son 43 yılda ortalama olarak

Şekil 2. OECD Ülkelerinde Yaşam Beklentisi Artışı, 1970-2013



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri; [http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en], 19.01.2016

19,5 yıl artmıştır. Bir önceki şekilde yaşlanan nüfusu ile dikkat çeken Japonya, İspanya ve Kore gibi ülkelerde nüfus artışına paralel olarak yaşam beklentisinin de arttığı görülmektedir.

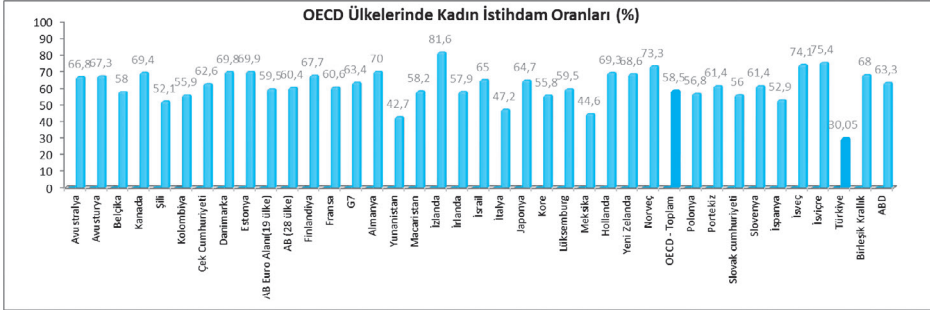
Bir yandan yaşlanan diğer taraftan yaşam beklentisi artan OECD ülkeleri için UDB hizmetleri önceden olmayan ve bir an önce sürdürülebilir bir çözüm bulunması gereken bir sorun olarak ortaya çıkmıştır. Daha önceden tecrübe etmedikleri bir olguyla karşılaşan bu ülkeler UDB hizmetlerinin arz açığını daha çok enformel olmakla birlikte geleneksel kadın emeği ile gidermeye çalışmaktadırlar.

## 2- Kadın İstihdam Oranının Artması ve Doğurganlığın Azalması

Kadın istihdamının son 40 yılda artmış olması ve doğurganlık oranlarındaki ciddi düşüş, UDB hizmetlerinde artan talebe karşı oluşan arz açığının diğer nedenleridir.

OECD ülkelerinde kadın istihdam oranı 1970’te %45’e yakınken (OECD, 2010:8) 2015 yılına gelindiğinde bu oran %58,5’e yükselmiştir. Türkiye kadın istihdam oranının ise %30 ile diğer tüm ülkelere kıyasla oldukça düşük olduğu görülmektedir. Kadınların istihdam oranının artması geleneksel olarak hane içerisinde karşılıksız kadın emeğine dayalı olan UDB hizmetlerinin piyasadan teminini gerektirmekte, ancak işgücüne katılan

Şekil 2. OECD Ülkelerinde Yaşam Beklentisi Artışı, 1970-2013



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri; [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>], 19.01.2016

kadınların diğer sektörlerde istihdamı tercih etmesi, işgücü piyasasında arz açığına yol açmaktadır.

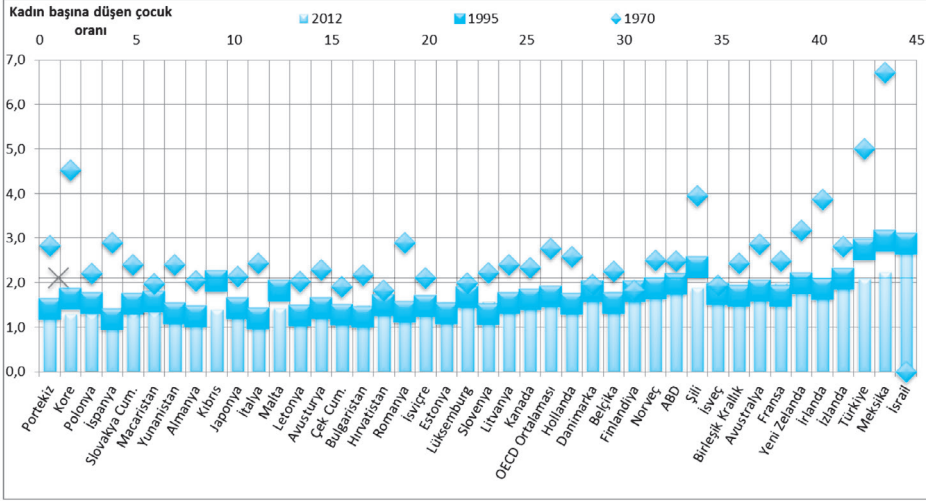
Türkiye ve Meksika gibi hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan ülkelerde UDB hizmetleri arzı toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, söz konusu arz geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır.

OECD ülkelerinde; kadınlar ile erkekler arasındaki kadınlar aleyhine olan ücret farklılıkları (ücret açıkları), kadınların iş ve sosyal yaşamında önlerinde belirli bariyerler, cam tavanlar olması, mobing uygulamaları, erkeklerin bakım hizmetlerini bölüşmeye yanaşmaması, kadınların erkeklere göre daha yoksul olması, kadınların erkeklere göre daha az boş zamanının olması, kadınların geçmişe göre daha az çocuğa sahip olmayı tercih etmeleri, kadınların çocuk sahibi olmayı ertelemeleri, aile yapılarının tek ebeveynli olarak değişmesi, boşanma oranlarının artması, evlilik oranlarının düşmesi, kadınların daha fazla saatlerle çalışması, kadınların iş yaşamında daha fazla yıl geçirmesi gibi nedenlerin belirli oranlarda etkileri sonucunda doğurganlık azalmaktadır (OECD, 2010:1-18).

Doğurganlık oranının azalması neticesinde nüfusun yaşlanması ise UDB sektöründe talebi artırırken, yerel işgücü piyasalarında geleneksel hane içi bakım hizmetlerinde karşılıksız kadın emeğinin eskiye oranla çok daha düşük kullanılabilmesi çerçevesinde UDB ve diğer bakım sektöründe arz açığını ortaya çıkarmaktadır. OECD ülkeleri bu çerçevede; UDB

ve bakım hizmet sunumunda oluşan bu açığın giderilmesi çerçevesinde alternatif ve kalıcı politikalar oluşturmaya çalışmaktadır.

Şekil 4. OECD Ülkelerinde Doğurganlık Oranları; 1970, 1995, 2012



Kaynak: 2014 yılı OECD Doğurganlık Verileri (Ulusal İstatistik Kurumları ve Eurostat demografi verileri aracılığıyla)

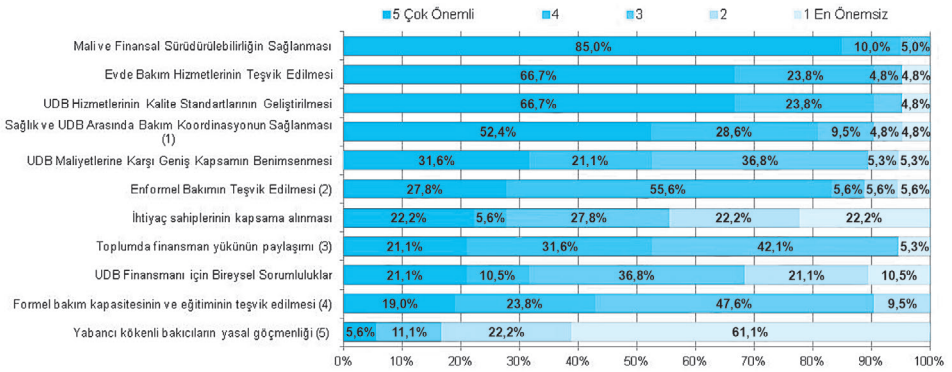
## B- OECD Ülkelerinde Uzun Dönemli Bakım (UDB) Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

2010 yılında OECD ülkelerinde UDB hizmetleri konusunda politika önceliklerine yönelik yapılan araştırma (Bkz Şekil 5), %85 gibi yüksek bir oranla “mali finansman ve sürdürülebilirliğin” en önemli husus olduğunu ortaya koymaktadır. Bu politikanın önceliklendirilmesinde 3 puanın altına hiç düşülmemesi de yine mali sürdürülebilirliğin ülkeler açısından ne kadar önemli olduğunu yansıtmaktadır.

Mali ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması konusundan hemen sonraki öncelik %66,7 ile “evde bakım hizmetlerinin teşvik edilmesi” ve “UDB hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesi” konularıdır. Bu sonuç bize aslında ülkelerin maliyetlerin düşmesi anlamında evde bakım hizmetlerinin mi teşvik edileceğine yoksa maliyetleri arttıracak olan UDB hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesine mi destek olacağına tam olarak karar verilemediğini göstermektedir. OECD ülkeleri kendi iç

dinamikleri, gelişmişlik düzeyleri, yaşlı nüfus oranları vb. doğrultusunda uygulayacakları politikalarla buna karar vermektedirler.

**Şekil 5. Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri Konusunda OECD Ülkelerinin Politika Öncelikleri**



Kaynak: 2010 yılı OECD sağlık verilerine ek olarak Kore Ulusal İstatistik Kurumu verileri; [http://dx.doi.org/10.1787/888932400589], 17.01.2016

Yabancı kökenli bakıcıların yasal göçmenliğinin %61,1'lik oranla OECD ülkelerinde en önemsiz konu olarak ortaya çıkması, dikkat çekici olmakla beraber enformel karakteristiğe sahip olan UDB sektörü için şartııcı değildir. Yine enformel bakımın teşvik edilmesi konusunda 4 puan üstünün %80'e yakın olması dikkat çekicidir. Aslında UDB işgücü açısından olumsuz olan bu sonuçlar yine maliyet ile ilgilidir. Bu sonuçların yanında formel bakım kapasitesinin geliştirilmesi ve kapsamın genişletilmesi konularında oluşan farkındalık ise umut vericidir.

Nüfusun yaşlanması, aile bakıcılarının azalması, yaşam beklentisindeki artış, doğurganlığın azalması ve kadınların istihdamının artışı UDB hizmet maliyetlerini artırmaktadır. Diğer taraftan OECD ülkelerinde UDB hizmet kullanıcılarının hizmetlerin kalitesinin artırılması yönünde önceliği olduğu görülmektedir. Esas sorun ise kaliteli ve sürdürülebilir UDB hizmet maliyetlerini kimin ya da kimlerin ödeyeceği hususunda ortaya çıkmaktadır.

### C- UDB Hizmetlerinde Finansman Yöntemlerinin Sınıflandırılması

Bu bölümde OECD ülkelerinin bugüne kadar kendi önceliklerine, sosyal

refah patikasına, gelişmişlik düzeyine ve ihtiyacına göre oluşturdukları UDB finansman modellerinin bir sınıflandırması ortaya konulmuştur.

UDB hizmetlerinin finansman yöntemleri çerçevesinde öncelikle Esping-Andersen'in 1980'li yılların sonunda oluşturmuş olduğu ve genel kabul gören refah devletlerine ilişkin sosyal demokrat/iskandinav, muhafazakar/korporatist ve liberal refah devletleri şeklindeki üçlü sınıflandırmasından bahsetmek OECD ülkelerinin sosyal refah patikalarının anlaşılması bakımından faydalı olacaktır.

Esping-Andersen bu sınıflandırmasını gelişmiş ülkelerdeki vatandaşlığa dayalı sosyal hakların gerçekleşme düzeyi çerçevesinde devlet-piyasa ilişkilerinin, sosyal tabakalaşmanın ve emeğin metadışlaşması üzerindeki etkilerinin üç temel boyutu üzerine kurmuştur (Esping-Andersen, 1990:21-23).

Andersen devlet-piyasa ilişkileri bağlamında, refah devletlerinin insan ihtiyaçlarının ne kadarını sosyal politika aracılığıyla karşıladığını incelerken, sosyal tabakalaşma bağlamında toplumda sınıf, statü, meslek farklarının pekişme sürecini incelemekte ve son olarak metadışlaştırma bağlamında bir hizmetin bir hak olarak verilmesi ve bir kişinin piyasaya bağlı olmadan geçimini sağlayabilme derecesini incelemektedir.

Bu sınıflandırmaya göre; liberal rejimler, gelir/ihtiyaç testi veya çalışmaya dayalı katkılarla metadışlaştırmayı en aza indirmekte, yararların çalışma ve piyasaya bağlı olduğu (sosyal sigorta modelleri), geleneksel aile bağlarının güçlü olduğu muhafazakar-korporatist rejimler metadışlaştırılmayı önemsememekte, küçük bir azınlığı temsil eden sosyal demokrat rejimler ise yararların evrensel ve kolay erişilebilir olması nedeniyle en fazla metadışlaştırma imkanını sunmaktadır (Esping-Andersen, 1990:27-29).

Esping-Andersen'in yapmış olduğu bu sınıflandırma, her ülke için tam anlamıyla uygun olmasa da sosyal refah modellerinin yapılarına ilişkin genel bir çerçeve sunması anlamında bir başlangıç noktasıdır ve gelişmiş ülkelerde yer alan bakım rejimlerinin sınıflandırılmasına da katkı sağlamıştır.

Bundan sonraki süreçte sınıflandırmaya yeni ülkelerin de bulunduğu gruplar



dâhil edilmeye çalışılmıştır. Tablo 1’de görüldüğü üzere 1999 yılında Avrupa Birliğinde ülkelerin ulusal raporları doğrultusunda Simonazzi (2008) tarafından oluşturulan sınıflandırma dört temel bakım rejimini içermektedir.

Bu sınıflandırmaya göre İsveç, İngiltere, İrlanda, Danimarka, Finlandiya gibi ülkelerin de dahil olduğu Kuzey Avrupa diğer bir ifadeyle Beveridge modeli bakım hizmetlerinin genel vergilerden finanse edildiği, hizmetlerin sağlık ve sosyal sistem aracılığıyla sunulduğu sistemi ifade etmektedir. Bu sistem gelir testi ile beraber uygulanan genel kapsamlı modeli ifade etmektedir.

Kıta Avrupası modeli ve Akdeniz ülkelerinde aile halen bakımın temel unsuru olarak ortaya çıkmaktadır. Kıta Avrupası modelinde bakım yeni bir risk faktörü olarak görüldüğü için sosyal sigorta içerisinde değerlendirilmektedir. Akdeniz ülkelerinde ise bakım daha çok sosyal hizmetlerin bir konusu olarak görülmektedir. AB’ye sonradan katılan ülkelerde bakım, yasal ya da örtülü olarak aile üyeleri tarafından yerine getirilmektedir.

**Tablo 1.** AB Ülkelerinde Yaşlı Bakım Sistemleri, 1990’lı Yılların Sonu

Ülke Grupları	Kuzey Avrupa – Beveridge Sistemi	Kıta Avrupası – Bismarck Sistemi	Akdeniz Ülkeleri	Yeni Katılan Ülkeler
<b>Bakım Sistemlerinin Temel Özellikleri</b>	Sosyal ve sağlık sistemi aracılığıyla genel vergi gelirlerinden finansman sağlanmakta	Bakım yeni bir risk olarak görülmekte, sigorta veya genel kapsamlı şekilde finanse edilmekte	Bakım, sosyal hizmetlerin alanı olarak görülmekte	Bakım hizmetleri yasal ya da pratik olarak aile üyeleri tarafından sunulmakta
<b>Sistemdeki Ülkeler</b>	İsveç, İngiltere, İrlanda, Danimarka, Finlandiya	Almanya, Avusturya, Fransa, Lüksemburg	Yunanistan, İtalya, İspanya, Portekiz	Macaristan, Polonya, Bulgaristan

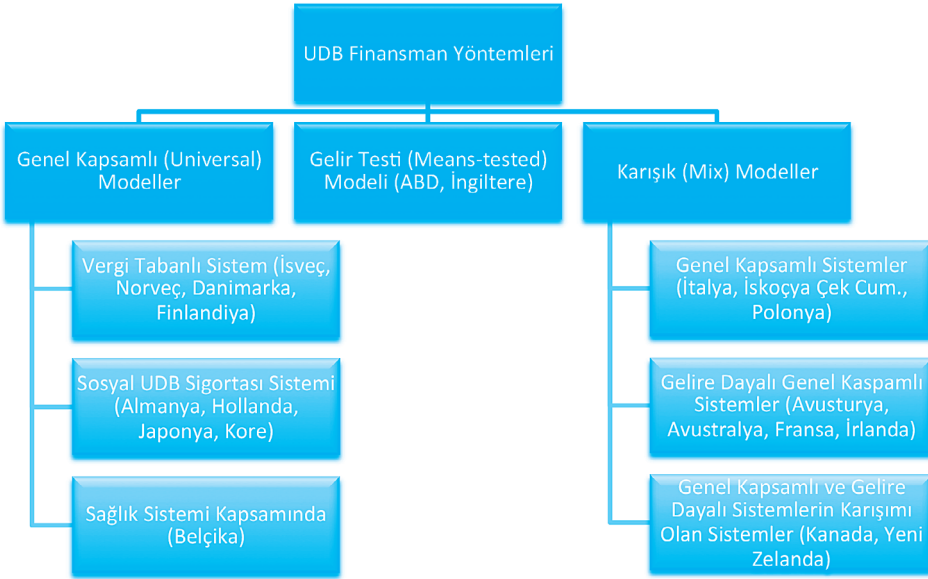
Kaynak: Simonazzi, 2008: s. 5, Avrupa Komisyonu Ulusal Raporları aracılığıyla.

Yukarıda özetlenen sınıflandırmalar OECD ülkelerinin sosyal refah patikaları çerçevesinde günümüzde uyguladıkları UDB sistemlerini anlamak ve yorumlamak açısından önemlidir. Bu çalışmada ise OECD tarafından 2011 yılında oluşturulan ve çağdaş sistemleri en iyi tasnif eden sınıflandırma kullanılmıştır.

Buna göre OECD ülkelerinin UDB hizmetlerinin finansmanında kullandığı sistemler öncelikle iki ölçüte göre sınıflandırılmıştır (Colombo vd, 2011:215).

Buna göre ilk olarak; kişilerin UDB yardımlarına hak kazanma kapsamında; UDB yardımlarının genel (kapsamlı) ya da gelir testine göre sunulması çerçevesinde bir sınıflandırma, ikinci olarak ise UDB hizmetlerinin tek bir sistem dâhilinde, birden çok sistemle, çeşitli hizmetler ve/veya programlar aracılığıyla sağlanması anlamında sınıflandırma bulunmaktadır.

Şekil 6. OECD Ülkelerinde UDB Finansman Yöntemleri



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıda ifade edilen ölçütler çerçevesinde OECD ülkelerinin UDB kapsamında uyguladığı finansman politikaları öncelikle üç sınıfa ayrılmaktadır: Genel Kapsamlı (Universal) Modeller, Gelir Testi Modeli (Means-tested) ve Karışık (Mix) Modeller.

Genel kapsamlı model; yüksek geliri ve belirli bir katkı sağlayabilecek olan kişiler dahil olmak üzere UDB hizmetlerine bağımlı olan herkesi kapsayan bir sistemi ifade etmektedir. Gelir testi ise bireylerin gelir ve varlık durumuna göre UDB hizmetlerinden faydalanmasını öngören sistemi ifade etmektedir. UDB kapsamı zamanla genel kapsamlı modele, yardım modeline ve daha çok isteğe bağlı – hizmet alıcısının seçimi (user choice) modeline doğru gelişmektedir.

Söz konusu modeller de kendi içerisinde; başta finansman kaynakları (vergi/katkı), UDB hizmetlerinin sağlık sisteminin bir parçası mı yoksa bağımsız bir sistem mi olarak oluştuğu, sunulan hizmetlerin niteliği, kapsamı(aktif/pasif nüfus) ya da sağlanan yararın türü (ayni/nakdi) doğrultusunda farklı alt sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bu modeller aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

### **1- Genel Kapsamlı (Universal) Modeller**

Genel kapsamlı UDB modelleri, (UDB çerçevesinde) bakıma muhtaç tüm bireylere sunulan bakımevi ve kişisel bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Hizmet sunulan hedef grubu, Japonya’da ve Kore’de yaşlıları kapsarken, Hollanda ve Almanya’da yaşa bağlı olmadan tüm bireyleri kapsamaktadır.

Genel kapsamlı modellerde kullanıcı ücretleri ve çeşitli muafiyetler yer almaktadır. Bunlar daha çok bireylerin gelir durumu gözetilerek yapılmaktadır. UDB maliyetlerinin finansmanın sağlanması amacıyla yoksullar için kısmi veya tam muafiyet ya da çeşitli sosyal yardım mekanizmaları söz konusu olabilmektedir.

Genel kapsamlı modeller; İskandinav ülke sistemleri ve sosyal UDB sigortası gibi sağlık sisteminden ayrı şekilde tasarlanmış veya Belçika’da olduğu gibi sağlık sisteminin bir parçası olan 3 temel alt modelden oluşmaktadır.

#### **a- Vergi Tabanlı Sistem (İskandinav, Kuzey Sistemi)**

Vergi tabanlı modelin en tipik örneğini, genel kapsamlı olarak tüm nüfusu kapsam altına alan, vergi gelirleri ile finanse edilen ve sosyal yardım ve sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak oluşturulan İskandinav (Kuzey) UDB modeli oluşturmaktadır. Norveç, İsveç, Danimarka ve Finlandiya bu çerçevede UDB hizmeti sunmaktadır. Bu model aynı zamanda kurumsal, sosyal demokrat, genel kapsamlı, kapsayıcı model olarak da adlandırılmaktadır.

Sağlanan faydaların tümünün finansmanın vergilerden sağlandığı bu sistemde UDB harcamaları Şekil 7’de görülebileceği üzere GSYH içerisinde diğer ülkelere kıyasla yüksek bir orana sahiptir. Yaşlı ve engellilerin bakımı konusunda genel sorumluluk merkezi devlete ait olsa da bu ülkelerin temel özelliklerinden birisi belediyelerin, il

idarelerinin, ilçe idarelerinin ve konseylerin hizmet sunumunda ve bakımın finansmanında düzenleyici bir rol üstlenmesidir (Karlsoon ve Iversen, 2010:4, Social Protection Committee of EC, 2014:104-107, 129-131, 216-218).

Bu modellerde devlet belirli bir amaca tahsis edilmemiş ödenekler vasıtasıyla Finlandiya'da olduğu gibi belediyeleri ya da Danimarka'da olduğu gibi bölgesel yönetimleri nüfus yapısına ve ihtiyaca göre finanse etmektedir.

Yaşlılara ve engellilere kurumsal ve evde kişisel bakım desteğinin yanında; yerel bakım (Danimarka, İsveç) hizmetleri sunulmakta, korunaklı konut sağlanmakta, ev adaptasyonu için yardım edilmekte ve ulaşım ve araçlar için yardım sunulmaktadır (Karlsoon ve Iversen, 2010:5-6). Bu modelde kişilerin kendi gelirlerinden yaptıkları özel harcamalar ise diğer ülkelere kıyasla çok düşük bir paya sahiptir.

### **b- Uzun Dönemli Bakım Sosyal Sigorta Modeli**

Genel kapsamlı modelin ikincisini uzun dönemli bakım hizmetleri için özel sosyal sigorta düzenlemeleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerini de sosyal bir sağlık sigortası üzerine inşa etmiş olan Almanya, Japonya, Kore, Hollanda ve Lüksemburg ülke sistemleri UDB sosyal sigorta modelini oluşturmaktadır.

İskandinav (kurumsal, sosyal demokrat) model(in)de olduğu gibi hizmet kapsamı bu modelde de tüm toplumu kapsam altına alacak şekilde oluşturulmuştur. Bakımevlerinde konaklama ve beslenme giderleri bazı ülkelerde tamamen kapsama alınmışken Japonya'da olduğu gibi kısmen de karşılanabilmektedir. Bu ülkelerin bakım harcamalarının GSYH'ye oranının OECD ortalaması olan %1,7 olduğu görülürken, %0,7 ile Kore ve %4,3 ile Hollanda örnekleri grup ortalamasının uç değerlerini oluşturmaktadır (Bkz. Şekil 7). Bu oranlar bize ülkelerin aynı tip UDB sistemini kullansa dahi ait oldukları farklı sosyal refah rejimlerine göre harcamalarının değiştiğini göstermektedir.

UDB sosyal sigorta sistemlerinin üç temel ortak özelliği bulunmaktadır (Colombo vd, 2011:220-221). Birincisi aynı sosyal sigorta modeli içerisinde olmalarına rağmen UDB ve sağlık sigortaları için farklı fon kaynakları mevcuttur. İkincisi sosyal sigortaların nüfusun tamamı ya da

büyük kısmı (Örneğin; Japonya’da 40 yaş ve üstü için bir zorunluluk olması) için zorunluluk olmasıdır (Campbell ve Ikegami, 2000:31-32). Üçüncüsü finansmanın vergi gelirleri dışında, çok büyük ölçüde ücretli çalışanlarca ödenen primlerden ve katkılardan sağlanmasıdır. Yine de bazı özel durumlarda prim veya katkı ödemek isteyip istemedikleri isteğe bağlı bırakılabilmektedir.

Söz konusu ülkelerin finansman kaynakları, hak sahibi olma kriterleri ve yardım sistemleri arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. 1995 yılında kurulan UDB sosyal sigorta sisteminde 2013 yılı itibarıyla 69,8 milyon kişinin kapsam altına alındığı Almanya’da (Social Protection Committee of EC, 2014:95), alınacak fayda değerlerinin sabitlenmesi UDB yararlanıcılarının satın alım gücünde enflasyondan dolayı bir düşüş yaratmıştır. Fakat 2008 yılında yapılan reformla bu olumsuzluk giderilmiştir. 2013 yılı itibarıyla Almanya’da bakım sunumunun türüne göre (kurumsal/yatılı bakım, evde bakım, sadece bakım ödeneği) ve ihtiyaca göre üç derece çerçevesinde kullanıcılara aylık 235-1.550 Euro arasında değişen tutarlarda fayda sağlamaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:97).

OECD ülkeleri içerisinde, %4,3’lük UDB Harcamaları/GSYH oranıyla en yüksek harcamaya sahip olan Hollanda’da; UDB sistemi, Olağanüstü Tıbbi Giderler Yasası (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten-AWBZ) ve Toplumsal Destek Yasası (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) kapsamında iki sütunlu bir yapıdan oluşmaktadır. 1968 yılında kurulan zorunlu katkı esaslı sosyal sigorta düzenini ifade eden AWBZ, sistemin temel finansman kaynağını oluşturmaktadır. Bu kapsamda tıbbi tedavileri içeren yatılı ve kişisel bakım, hemşirelik bakımı ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:193). Belediyeler tarafından vergi gelirleriyle finanse edilen ve 2007 yılında oluşturulan Toplumsal Destek Yasası vasıtasıyla ise çok sınırlı sayıda ve daha önce yine AWBZ kapsamında sağlanan hizmetler sunulmaktadır. Hollanda hem kalite hem de UDB hizmetlerine erişilebilirlik anlamında öncü ülkeler arasında yer almaktadır.

Japonya’da ise yasal kapsamda UDB faydalanıcıları bakım maliyetlerinin %90’ını alabilmektedir. Japon sisteminde hedef grup yalnızca yaşlılar olurken, Almanya ve Hollanda sistemlerinde yaşa bakılmaksızın ihtiyacı

olan vatandaşlara UDB hizmetleri sunulmaktadır. Kore ise 2008 yılı Temmuz ayında, UDB sigorta modelini en son uygulamaya alan ülkedir.

### **c- Sağlık Sistemi Üzerinden Kişisel Bakım Modeli**

Üçüncü alt model; uzun dönemli bakım maliyetlerinin tamamen sağlık sistemi aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu modelde, sadece nitelikli bakımevi hizmeti değil aynı zamanda günlük temel faaliyetler olan giyinme, yeme, yıkama vb. de genel kapsamlı sosyal sağlık sistemi içerisinde finanse edilmektedir.

Bu husus, uzun süreli bakımın bir sağlık riski olarak görüldüğünü ve bakım hizmetlerinin öncelikle profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirilen kurumsal düzenlemelerin “tıbbi bir bakım modeli” (sosyal model aksine) yansıttığını göstermektedir (Colombo vd, 2011:222). Belçika sistemi bu modelin örneğini oluşturmaktadır.

Belçika'nın genel sağlık sigorta sistemi hem evde ve hem de kurumsal UDB bakım maliyetlerini tüm nüfus kapsamında sosyal güvenliğe yapılan katkılarla sağlamaktadır. Medikal hizmetler federal sağlık sigorta (sosyal güvenlik) sisteminden ulusal düzeyde karşılanırken UDB hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sisteminden yasal düzenleme olmadığından kişisel bakım hizmetleri bölgesel düzeyde sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:72). Bu çerçevede UDB'nin tıbbi olmayan hizmetleri bakım ihtiyacı olan düşük gelirli yaşlılara sunulmakta ve yerel sosyal refah merkezleri (CPAS), bakıma ihtiyacı olan yaşlılara bakımevlerinde veya evlerinde konaklama ve geçici kalma yardımı sağlamaktadır. Bölgesel düzeyde sunulan tıbbi olmayan hizmet çeşitleri farklılık göstermektedir.

Bölgesel düzeyde, Flaman hükümeti tarafından tamamlayıcı nakit faydalar sağlayan ve 25 yaş üzeri her kişi için yıllık 40 Avro (2010 yılında) zorunlu katkı ile finanse edilen zorunlu bağımlılık sigorta düzeni uygulanmaktadır (Colombo vd, 2011:222). 2013 yılı itibarıyla Belçika'da UDB harcamalarının GSYH içindeki payı % 1,9'dur (OECD, 2015:209).

### **2- Gelir/İhtiyaç Testi (Means-tested) Modeli**

Gelir/İhtiyaç testine dayalı sistemlerde UDB kapsamı, öncelikle emniyet/

güvenlik ağırları programları aracılığıyla belirlenmektedir. Bu sistemi uygulayan ülkelerde önceden belirlenen gelir ve/veya varlık eşik değerlerine göre vatandaşların kamu kişisel bakım hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmaktadır.

Sadece bu eşik değerleri sağlayan ve bakıma muhtaçlık derecesine göre önceliklendirilmek suretiyle yeterli maddi gücü olmayan kişiler kamusal UDB hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Hak sahipliği kriterleri (örneğin, kişisel ve/veya aile gelirleri, varlıkları, uygunluk, kayıt dışılık vb) genelde esnek şekilde belirlenmekte ve bu kriterler belirgin şekilde ülkelerin kendi sosyo-ekonomik durumlarına göre şekillenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri bu modelin iyi bir örneğidir. Yoksullar için bir kamusal program olan “Medicaid”, UDB hizmetlerinin ana finansman kaynağını oluşturmakta toplam UDB maliyetlerinin %40’ını karşılamaktadır ve her 10 bakımevinin 6’sını kapsamaktadır (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2013:4).

Medicaid, federal ve merkezi devlet bütçesi tarafından finanse edilen, gelir testi sistemi temelinde sağlık ve UDB harcamalarını karşılamakta güçlük çeken kişiler için oluşturulmuş bir sosyal sağlık sigortası programıdır.

Eyaletlerde hak sahiplerine gelir testi sonrası kurumsal ve evde bakım hizmetleri sunulmaktadır. Fakat sunulan UDB hizmetlerinin kalitesi, yaygınlığı ve hizmetlerden faydalanmak için hak sahibi olma koşulları, eyaletlerin gelirlerine ve tercihlerine göre değişebilmektedir. Söz konusu gelir testi çok sıkı bir şekilde uygulanmakta ve genellikle kişilerin kendi kaynaklarını tükettikten sonra program çerçevesinde hak sahibi olması öngörülmektedir. Bazı eyaletlerde ise az da olsa katılım payı alınabilmektedir.

ABD’de yarısı yaşlı olmak üzere yaklaşık 10 milyon kişinin UDB hizmetlerine ihtiyacı vardır fakat bunların yalnızca 3 milyona yakını Medicaid kapsamında finanse edilmektedir (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2013:25). ABD’de 2013 yılı itibarıyla kurumsal bakım kapsamında yapılan UDB harcamaları GSYH’nın %0,5’ine denk gelmektedir (OECD, 2015:209).

İngiltere’de tartışmaların odağında olan UDB hizmetleri çerçevesinde uygulanan model de gelir testi modeline yakın bir görünüm çizmektedir. Sınırlı sayıda gelir testine tabi olmayan kişisel bakım düzenlemeleri olduğu

gibi yetişkin bakım hizmetlerinin sunumunda oluşturulan temel politika gelir testine yönelik düzenlemeleri içermektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:237-239).

Engelli Yaşam Ödeneği ve Bakım Ödeneği kapsamında (The Disability Living Allowance and Attendance Allowance) hak sahipleri hiçbir katkıya, vergiye tabi değildir ve gelir testine ihtiyaç duyulmaksızın hizmetlerden faydalanmaktadır. Engelli Yaşam Ödeneği 65 yaşından önce bildirimde bulunanların bir kısmını kapsarken, Bakım Ödeneği 65 yaş üstü tüm vatandaşları kapsamaktadır (Colombo vd, 2011:228).

Sosyal bakım hizmetlerinde yerel makamlar yetkili kılınmıştır ve bu hizmetler; vergi gelirleri (merkezi hükümet), yerel makam gelirleri ve kullanıcı katkıları vasıtasıyla finanse edilmektedir. Bu çerçevede hak sahiplerinin bakımevlerinden yararlanabilmeleri için hem gelir testinde istenen yeterliliği hem de kendi kaynaklarını tüketmeleri gerekmektedir. Diğer taraftan evde bakım hizmetleri çerçevesinde hak sahipleri kişisel bütçe formuna göre yapılan bir gelir testine bağlı olarak nakdi yardım almakta ve UDB çerçevesinde sağlık hizmetleri serbest olarak kullanılabilir (Colombo vd, 2011:229). Son yıllarda hizmet alımı yerine nakdi yardımı tercih edenlerin sayısındaki hızlı artış enformel bakımı desteklemektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:237).

### **3- Karışık (Mix) Modeller**

Karma modeller UDB hizmet kapsamını çeşitli genel kapsamlı modellerin sağladığı fayda programları veya genel kapsamlı modeller ve gelir testi modelinin karışımı olan modeller aracılığıyla sağlamaktadır.

Bu modellere örnek teşkil eden ülkelerin, genel kapsamlı tek bir program uygulamadıkları, daha çok birden fazla UDB sisteminin karışımı olan programlar oluşturdukları görülmektedir. Bu çerçevede UDB hizmetlerinin; yöneldiği hedef gruplarda, maliyet bileşenlerinde ve yetki alanlarında farklılıklar bulunmaktadır.

Karma modellerin çeşitliliği ve karmaşıklığı nedeniyle bu gruba ait kurumsal düzenlemeleri sınıflandırmak oldukça zordur. Ancak UDB hizmetlerinin genel kapsamlılığının derecesine göre bir sınıflandırma



yapılabilir; genel kapsamlı model benzeri sistemler, gelir testine dayalı fayda ya da sübvansiyon sistemi ve genel kapsamlı ile gelir testi modellerinin karışımı olan sistemler.

### **a- Genel Kapsamlı Model Benzeri Sistemler**

Bu modeller farklı genel kapsamlı sistem yapılarının birleşiminden oluşmaktadır. En tipik özelliği; bakımevi hizmetlerinin sağlık sisteminden, kişisel bakım hizmetlerinin ise farklı sistemlerden karşılanmasıdır.

2002 yılında beri İskoçya'da sağlık sisteminin bir bileşeni ve ücretsiz bakımevi hizmetlerine ek olarak kişisel bakım hizmetleri, evde ve kurumsal bakım çerçevesinde sosyal bakım sistemi vasıtasıyla sunulmaktadır (Bell ve Bowes, 2007:1-3). Bakım hizmetleri yerel makamlarca ihtiyacı olan kişilere yönelik ve kişilerin varlıklarından/gelirlerinden bağımsız olarak finanse edilmektedir. Bu sistem günlük temel faaliyetleri içermekte fakat bakımevi hizmetlerinden kişiler ancak ücretini ödemek suretiyle faydalanabilmektedir.

Bu modele diğer örnekleri Güney ve Doğu Avrupa ülkeleri oluşturmaktadır. Bu ülkelerin sistemlerinde ise yine sağlık sistemi aracılığıyla huzurevleri ve bakımevleri genel kapsamlı, gelirden bağımsız olarak ve daha çok evde bakım hizmetlerinin ön plana çıkmasıyla sağlanmaktadır. Örneğin İtalya'da yaşlı ve engelli vatandaşlara yönelik olarak sağlık sistemi aracılığıyla sübvansiyonlar sunulurken, evde bakım hizmetlerinin finansmanı hem sağlık sisteminden hem de sosyal sistemden sağlanmaktadır (Colombo vd, 2011:224). UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %1,9 ile OECD ortalamasının (%1,7) üzerinde olan İtalya'da; UDB kapsamında nakdi yardımların çok yaygın olduğu, kurumsal bakımın gelişkin olmadığı ve evde bakım hizmetlerinde enformel bakıcıların yaygın olduğu görülmektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:159).

Başka bir örnek olarak Çek Cumhuriyeti'nde UDB hizmetlerinin sorumlulukları sosyal sektör ile genel kapsamlı sağlık sistemi arasında bölüşülmekte (Social Protection Committee of EC, 2014:91) ve 2013 yılı itibarıyla UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %0,3'tür. 2007 yılında çıkarılan Sosyal Servisler Yasası ile UDB hizmetleri çerçevesinde bakım ihtiyacı olan tüm bireylere en düşük kategoride 79 Avro, en yüksek

kategoride 471 Avro olmak üzere nakit yardımı yapılmaya başlanmıştır (Colombo vd, 2011:224).

Polonya’da yaşlıların çocuklarıyla beraber yaşaması, güçlü aile ilişkileri, genç emekli olan kadınların geleneksel rolleri doğrultusunda UDB hizmetlerini sağlaması, kamu tarafından finanse edilen bakım hizmetlerinin yetersizliği ve uygun fiyatlı özel bakımevlerinin olmaması nedenleriyle UDB hizmetleri yoğunlukla aile üyeleri tarafından sunulmaktadır (Social Protection Committee of EC, 2014:199). Bunun yanında engelli çocuklar ve yetişkinler için gelir testine gerek olmaksızın yerel yönetimler vasıtasıyla ulusal bakımevi hizmetleri sunulmaktadır. Düşük kapsamdan dolayı UDB hizmetlerinin GSYH’ye oranı %0,4’tür. UDB kapsamında sunulan sağlık bakım hizmetleri sağlık sigortası ve sosyal yardımlar vasıtasıyla finanse edilmektedir.

## **b- Gelire Dayalı Genel Kapsamlı Sistemler**

Gelire dayalı genel kapsamlı sistemlerde UDB hizmetlerinden yararlanan kişilere fayda ya da sübvansiyon sağlanmaktadır. Bu sistemlerin en iyi örneklerini İrlanda, Avustralya, Avusturya ve Fransa oluşturmaktadır.

Bu ülkelerde gelir testinden sonra gelir durumuna göre hak sahiplerine UDB kapsamında fayda sağlanmaktadır. Söz konusu hak sahipleri ilaveten sağlık sistemi aracılığıyla (Örn: Fransa) veya yerel yönetimler (Örn: Avusturya ve Avustralya) aracılığıyla bakımevi hizmeti gibi ek faydalara da sahip olabilmektedir.

Bu gruptaki ülkeler genel kapsamlı kişisel bakım hizmetlerini bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda sunmaktadır. Buna göre bireylerin geliri azaldıkça kamu tarafından sunulan bakım hizmet tutarı da artmaktadır. Bu yüzden bu sistem “kişiye özel” ya da “kademeli genel” bakım sistemi olarak da adlandırılmakta (Fernandezvd, 2009:4) ve sistem hiçbir zaman bireylerin UDB maliyetlerinin tamamını ya da tamamına yakın bir kısmını ödeme amacı taşımamaktadır.

Engelli ve yaşlı bakımı olmak üzere iki ayaklı bir sisteme sahip Fransa örneğinde, UDB hizmet alıcılarının hizmetlerden faydalanmalarının tamamlayıcı koşulu gelirleri oranında ödeyecekleri katkı paylarıdır (Social Protection Committee of EC, 2014:136-137). Evde bakım ve/veya kişisel

bakım hizmeti sunulması kişilerin durumlarına göre değişebilmektedir. Yine genel kapsam benzeri sistemlerde olduğu gibi bu sistemlerde de hem aynı yardımlar (Örn:Avustralya) hem de nakdi yardımlar (Örn:Fransa) ülkelerin kendi tercihleri doğrultusunda sunulmaktadır. 2011 sonu itibarıyla Fransa’da engelli bakımı kapsamında 184.917 kişi engellilik ödemesi (PCH) alırken 60 yaş üzeri 1,200,254 kişi yaşlı bakımından (APA) fayda sağlamıştır (Social Protection Committee of EC, 2014:36-137).

Fransa’da, sağlık sigorta sistemi sağlık giderlerinin yanında tüm bakımevi hizmetlerini kapsamaktadır. Buna ilave olarak APA vasıtasıyla 60 yaş üstü engelli kişilere bakıma muhtaçlık derecesine ve gelir durumuna göre nakdi yardım sağlanmaktadır. Buna göre sağlanan nakdi yardım 2010 yılı itibarıyla 530 Avro ile 1.235 Avro arasında değişmektedir (Colombo vd, 2011:225). Fakat söz konusu en düşük nakdi yardım olan 530 Avro yine eğer kişi en yüksek gelir gurubunda ise 27 Avro’ya kadar düşebilmektedir. Yine APA hem günlük temel faaliyetleri hem de ev işi, yemek, alışveriş ve ulaşımı kapsayan şekilde hizmet sunmaktadır. Hatta bunların sağlanması için bazı durumlarda kızı ve eşi dışında olmak şartıyla bakıcı istihdam edilmektedir. APA yerel makamlarca yönetilmektedir fakat finansmanı yerel yönetimlerce ve merkezi bütçe tarafından sağlanmaktadır.

UDB hizmetlerinin finansmanının devlet ve bireyler arasında paylaşıldığı İrlanda örneğinde, 2009 yılında bakımevlerine ilişkin olarak çıkarılan yasa (The Nursing Home Support Scheme-NHSS) ile harcanabilir gelirin %80’ni ve her türlü mal varlığı getirisinin %7,5’ini katkı olarak ödeyen her birey UDB hizmetlerinden faydalanabilmektedir (Colombo vd, 2011:225, Social Protection Committee of EC, 2014:152). Bu çerçevede malvarlığı getirisinde bir kişi için 36 bin Avro, çiftler için ise 72 bin Avro değerlendirme dışı tutulmuştur.

Avustralya örneğinde, 2009 yılı itibarıyla GSYH’nin %0,8’ini ifade eden ve 2050 yılında %1,8 olması beklenen toplam UDB maliyetlerinin büyük bir kısmı vergi gelirlerinden finanse edilmektedir (Ergan ve Paulucci 2010:2-3). Kişisel bakım ücretsiz değildir fakat her birey UDB hizmetlerinden yararlanma konusunda hak sahibi konumundadır. Kurumsal ve evde bakım hizmetleri çerçevesinde bireylerden gelirlerine göre ayarlanmak suretiyle katkı payı alınmaktadır. Kurumsal bakım hizmetlerinden ve ek

hizmetlerden faydalananlar gelirlerine göre belirlenmiş bir günlük katkı payı ödemektedir ve bu kişilere %70 civarında devlet sübvansiyonu sağlanmaktadır (Colombo vd, 2011:225).

Avusturya örneğinde, kişilerin gelirlerine göre belirlenmiş olan genel kapsamlı nakdi ödemeler ya da kişisel bakım hizmetlerinin güvence altına alınması sağlanmaktadır. Bu sistem genel kapsam, gelir testine dayalı sistem ile aynı yardımların bir karışımını oluşturmaktadır. Buna göre genel kapsamlı nakdi ödeme (Pflegegeld), 1993 yılından itibaren federal devlet, belediyeler ve eyaletlerin katılımıyla finanse edilmektedir. Bu nakdi yardımlar kişilerin gelirlerinden bağımsız, bakım ihtiyacının derecesine bağlı olarak 154 Avro (1. derece) ile 1.656 Avro (7. derece) arasında değişmekte (Social Protection Committee of EC, 2014:66) ve 2008 yılı itibarıyla yaklaşık olarak 80 yaş üstü nüfusun %59'u ve 60-80 yaş arası nüfusun %9'u söz konusu nakdi ödemeyi (Pflegegeld) almaktadır (Colombo vd, 2011:225). 2007'de 24 saat bakım hizmeti adıyla da bilinen gelir testine dayalı ve nakdi ödeme sistemini tamamlayıcı yeni bir model kabul edilmiştir. Yine de her iki sistemde UDB hizmet maliyetlerinin tamamını karşılamamaktadır. Sistem tarafından bakım maliyetlerinin ödenmeyen kısmı karşılamaya gücü olmayanlara ise eyaletler destek vermektedir. 2013 yılı itibarıyla UDB harcamaları GSYH'nin %1,2'sini oluşturmakta (OECD, 2015:209) ve harcamaların tamamı vergi gelirleri ile finanse edilmektedir (Social Protection Committee of EC, 2014:68).

### **c- Genel Kapsamlı ve Gelire Dayalı Sistemlerin Karışımı Olan Sistemler**

Bu gruba dahil olan ülkeler genellikle aşağıdaki seçeneklerden birini ya da ikisini seçmektedir (Colombo vd, 2011:226);

- Sağlık sistemine dayalı; kurumsal ve evde UDB hizmetlerinin eğitimli kişiler tarafından verilmesi (İsviçre örneği),
- Evde profesyonel hemşire ve kişisel bakım düzenlemeleri (Yeni Zelanda örneği ve Kanada'nın bazı illeri/bölgeleri).

Bu seçeneklere ek olarak Yunanistan örneğinde olduğu gibi genel kapsamlı sistem tarafından kurumsal bakım gibi hizmetler ya da İspanya'da olduğu gibi nakdi-ayni yardımlar sağlanabilmektedir.

İsviçre sisteminde, hem kurumsal hem de evde bakım çerçevesinde genel kapsamlı aynı bakımevi hizmetleri sağlık sigortası (LAMal) vasıtasıyla sunulurken, aynı zamanda bu sistemin tamamlayıcısı olarak LAI (Law on Invalidity Insurance) ve LAVS (Law on Old-age and Survivors Insurance) yasal düzenlemeleri ile gelire dayalı nakdi yardım sistemi de oluşturulmuştur. Bu yasal düzenlemeler kalıcı veya uzun dönemli bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve engelliler için ek faydalar sağlamaktadır. Kişisel bakım sorumluluğunun büyük kısmı ise sağlığa dayalı UDB maliyet toplamının %60'ını karşılayan hizmet alan kişilerdedir. Evlerinde yaşayan görece az engelli emeklilere sunulan engellilik ödenekleri, 3 dereceye göre sınıflandırılarak ek ödeme imkânı getirilmiştir.

Yeni Zelanda sisteminde, kişiler gelir durumlarına göre ödedikleri katkı payları ile evde kişisel bakım hizmetlerinden faydalanmaktadır. Kurumsal bakım hizmetlerinde faydalanma hususunda hak sahipliği ise ihtiyacın derecesine ve ödeme gücüne göre belirlenmektedir. Ülkede kurulmuş olan RSC (Residential Subsidy of Care) sistemi, konaklama ve yemek dahil olmak üzere kişilerin kurumsal bakım hizmetlerini en fazla katkı payı üzerinden ödemektedir. 2008 yılı itibarıyla kurumsal bakım hizmeti alanların %71'inin RCS sübvansiyonlarından faydalandığı tespit edilmiştir. 2005 yılından bu yana Yeni Zelanda hükümeti kurumsal bakım hizmetlerinde hak sahipliği konusunda gelir ve varlık testi uygulamaktadır.

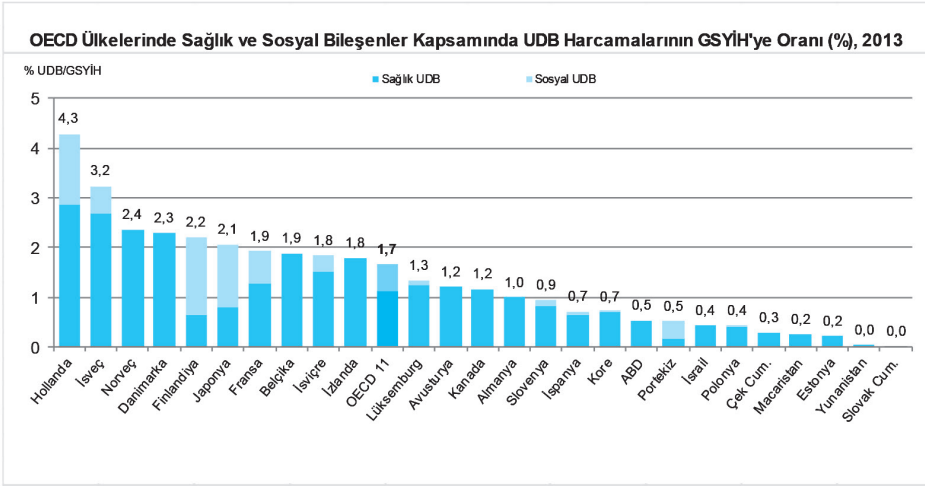
Yukarıda anlatılan Yeni Zelanda sistemine benzer bir yapı, Kanada'nın bazı illerinde/bölgelerinde uygulanmaktadır. Kanada'da uygulanan sistemde, UDB hizmet kullanımı için yapılacak devlet desteği gelir değil varlık testi vasıtasıyla yapılmaktadır. Bu gruba bir diğer örnek ülke sistemi İspanya sistemidir. 2007 yılbaşında yürürlüğe giren Ulusal Uzun Dönemli Bakım Sistemi ile yasal çerçevede bakıma ihtiyacı olan ve gelir ve varlık testinden geçen kişilere UDB bir hak olarak tanınmıştır (Costa-Font ve Garcia Gonzalez, 2007:20-22). Uygulanan aynı ve nakdi yardımların kapsamı birbirinden farklıdır. Nakdi yardımlar genel kapsamlı olarak uygulanırken aynı yardımlardan herkes faydalanamamaktadır. UDB hizmet alıcıları toplam maliyetlerin üçte biri oranında katılım payı ödemektedir. Bu sistemin kurulmasıyla işgücü ve bakım piyasalarında formel yapı teşvik edilmesi amaçlanmaktadır.

## D- OECD Ülkelerinde UDB Hizmetlerinin Finansmanı Çerçevesinde Genel Bir Değerlendirme

OECD ülkelerinin yaklaşık üçte biri, UDB hizmetlerinin genel kapsamlı olarak tek bir sistem içerisinde sağlandığı modeli kullanmaktadır. Bu sistemde UDB hizmetlerinin finansmanı vergi gelirlerinden sağlanmakta ve İskandinav ülkeleri sistemin tipik örneğini oluşturmaktadır. Bu grupta yer alan ülkelerin UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %2 ile %3,2 arasında ve %1,7 olan OECD ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

Genel kapsamlı grubun diğer bir yaygın örneğini Almanya, Japonya, Hollanda, Kore ve Lüksemburg ülkelerinin oluşturduğu sosyal sigorta sistemleri temsil etmektedir. Bu grupta ise UDB harcamalarının GSYH'ye oranı %0,7 (Kore) ile % 4,3 (Hollanda) arasında değişmektedir. Grubun son örneğini ise Belçika sisteminin temsil ettiği UDB hizmetlerinin sağlık sistemi vasıtasıyla finanse edildiği sistem oluşturmaktadır.

Şekil 7. OECD Ülkelerinde UDB Harcamalarının GSYH'ya Oranı, Sağlık-Sosyal



Kaynak: 2015 yılı OECD Sağlık Verileri, [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>], 15.01.2016

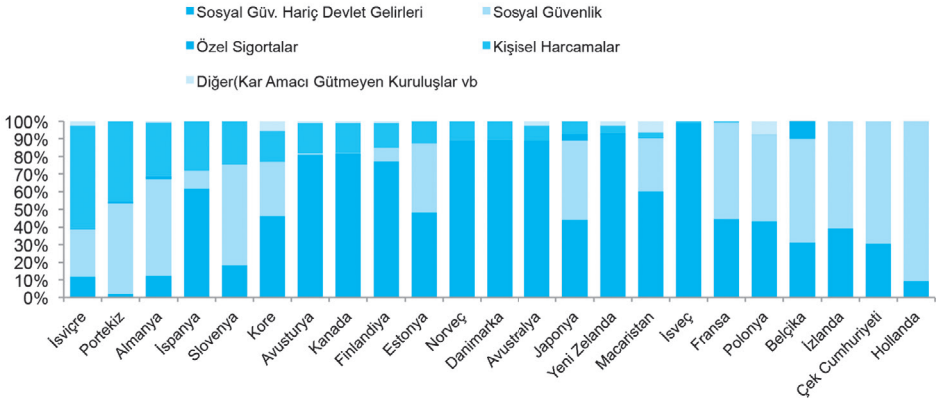
Gelir ve/veya varlık testine dayalı olarak uygulanan modelde ise kişiler söz konusu test sonrası kamusal UDB hizmetlerine erişimde hak sahibi olabilmektedir. Bu modelin en iyi örneğini ise İngiltere ve ABD temsil etmektedir.

Karışık modellerde yer alan sistemler ise genel kapsamlı olarak nakdi ve/veya aynı yardımlar vasıtasıyla kişisel bakım hizmeti sunulmasına yöneliktir. Nakdi yardımlar temelinde çalışan sistemleri Avusturya, Fransa, İtalya temsil ederken, Avustralya ve Yeni Zelanda aynı yardımlara örnek oluşturmaktadır.

OECD ülkelerinde kamusal UDB hizmetleri özel kapsama kıyasla genel kapsamlı ve yaygın olarak sunulmakta ve UDB harcamalarının GSYH içerisindeki oranı ortalama %1.5 olarak gerçekleşmektedir (Colombo vd, 2011:46).

OECD ülkelerinde finansman kaynakları çerçevesinde UDB maliyetlerinin hangi kaynaklardan finanse edildiği ayrıntılı olarak Şekil 8’de görülmektedir. Burada öne çıkan üç kaynak bulunmaktadır; Genel vergi gelirlerini ifade eden sosyal güvenlik hariç devlet kaynakları, sosyal güvenlik gelirleri ve kişisel harcamalardır. Özel sigortalar ve kar amacı gütmeyen kuruluşların Polonya, Kore ve Macaristan hariç olmak üzere UDB finansmanında önemi yok denecek kadar azdır.

**Şekil 8.** Finansman Kaynakları Çerçevesinde UDB Giderleri



Kaynak: 2010 yılı OECD Sağlık Verileri, [<http://dx.doi.org/10.1787/888932401615>], 15.01.2016

Genel olarak OECD ülkelerinin UDB finansman kaynaklarının öncelikle vergi gelirlerinin ve sosyal güvenlik gelirlerinin ve daha sonra kullanıcıların kişisel gelirleri olduğu görülmekte ve ülkeler aynı modeli hatta aynı model içerisinde aynı sistemi uygulasa dahi UDB

finansmanında ülkelerin kendi sosyal refah patikaları ve sosyo-ekonomik tercihleri doğrultusunda hareket ettiklerini göstermektedir.

Bu çerçevede sosyal güvence patikasında sosyal sigorta sistemini benimsemiş ülkeler bakım hizmetlerinde de öncelikli finansman kaynağı olarak sigorta prim gelirlerini kullanırken, vergi tabanlı olan ülkelerin öncelikli finansman kaynağı olarak vergi gelirlerini kullanmaktadır.

### III- TÜRKİYE UDB SİSTEMİ VE ÖNERİLER

#### A- Türkiye UDB Sistemi

Genel kapsamlı bir UDB sistemi bulunmayan Türkiye, bir önceki bölümde yer alan OECD sınıflandırması içerisinde; örneğini ABD ve İngiltere modellerinin oluşturduğu gelir/ihtiyaç testi (means-tested) modeli kapsamında değerlendirilebilir. Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın (ASPB) bünyesinde, ilgili yasal mevzuatlar kapsamında sağlanan yardımlar ve hizmetler; kapsam olarak Fransa’ya benzer şekilde yaşlı ve engelli kişileri, hizmet sunumu çerçevesinde ise kurumsal ve evde bakım sunumunu kapsamaktadır. Ayrıca sınırlı olarak da bazı belediyeler kendi imkânları çerçevesinde evde bakım hizmetleri vermektedir.

Kamu tarafından sağlanan UDB hizmetlerinin finansmanı yoğunlukla vergi gelirlerinden, Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan tıbbi bakım malzemeleri ve ilaçlar çerçevesinde ise sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla genel sağlık sigortasından sağlanmaktadır. Aşağıda görüleceği üzere hizmet sunumu ve bakıcılar açısından kendi yapısal ve kültürel koşulları doğrultusunda hareket eden Türkiye’nin, UDB hizmetlerinin finansman konusunda sosyal güvenlik sisteminin benimsediği sosyal sigorta patikasını izlemediği görülmektedir.

Engelli ve yaşlı bakımına ilişkin yasal çerçeveyi; birçok maddesi 3/6/2011 tarihli, 633 sayılı KHK ile değiştirilen 10/7/1976 tarihli ve 15642 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ve 27/5/1983 tarihli ve 17354 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu oluşturmaktadır (ASPB, 2015b:25-30). Bu kanunların uygulanması amacıyla birçok ikincil mevzuat



düzenlemesi de yürürlüğe sokulmuştur<sup>1</sup>.

Kadın istihdam oranının düşüklüğü, Polonya ve Güney Avrupa ülkelerine benzer şekilde önceki dönemlerde uygulanan popülist politikalar neticesinde ortaya çıkan erken emeklilik, güçlü aile ilişkileri, yaşlıların çocuklarıyla beraber yaşaması, UDB hizmet sunumunun yetersiz olması nedenleriyle bakım hizmetleri yoğun olarak aile üyeleri (çoğunlukla kadınlar) tarafından sağlanmaktadır. Örneğin Türkiye’de evde bakım hizmetleri çerçevesinde engelli bireylere yönelik sunulan bakım hizmetlerinde yürütülen politika ve stratejilerde engelli bireylerin ailesi yanında evde bakımının sağlanması esastır. Ancak ailesi yanında bakımı mümkün olmayan engelli bireyler için alternatif olarak kuruluş bakımı seçenekleri ile farklı hizmet modelleri sunulmaktadır.

2015 yılı itibarıyla 2022 sayılı Kanun çerçevesinde kapsamdaki yaşlı ve engellilere; 145,81 TL yaşlı aylığı, 291, 62 TL özürlü (%40-69) aylığı, 437,43 TL bakıma muhtaç özürlü (%70 ve üstü) aylığı, 291,62 TL 18 yaş altı özürlü yakını aylığı sağlanmaktadır. 2022 sayılı Kanuna göre yaşlı ve engelli aylığı kapsamına girebilmek için yararlanıcıların; yaşlılar için 65 yaşını doldurmuş olma, engelliler için %40 ve üzeri oranda yetkili hastanelerden alınmış özürlü sağlık kurulu raporuna sahip olma, her ne ad altında olursa olsun sosyal güvenceye sahip olmama, nafaka bağlanmamış olmak ya da bağlanması mümkün olmama şartlarına sahip olma, tüm gelirleri toplamı göz önüne alındığında ilgilinin hanesinde kişi

---

1 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşları ile Engelli ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik, 30/07/2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 30/7/2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 16/08/2013 tarihli ve 28737 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakıma Muhtaç Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği, 19/08/2006 tarihli ve 26264 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan İşaret Dili Tercümanlığı Hizmeti Verecek Personelin Yetiştirilmesi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, 03/09/2010 tarihli ve 27691 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Özürlülerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik.

\* Burada gerekli olmadığı için ikincil mevzuat kapsamında sadece önemli olan yönetmeliklere yer verilmiştir. Konuyla ilgili ayrıca birçok yönetmelik, genelge vb. ikincil mevzuat düzenlemesi bulunmaktadır.

başına düşen gelirin 2022 sayılı Kanun'un 1. maddesinin memur aylık katsayıları ile çarpılması sonucu bulunacak tutardan daha az olması (2015'in ikinci 6 ayı için bu tutar 303,47 TL'dir) ve genel sağlık sigortası kapsamında gelir testi sonucunda gelir grubunun G0 (en düşük gelir grubu) olarak tescil edilmesi şartlarına haiz olması gerekmektedir. Bu kapsamda 2014 yılı itibarıyla engellilik derecesine göre toplamda 679.554 engelliye 2.590 milyon TL ve 629.590 yaşlıya (65 yaş üstü) 1.009 milyon TL maaş ödemesi yapılmıştır (ASPB, 2015a:6).

2014 yılı itibarıyla 450.031 kişiye evde bakım hizmeti sağlanarak yararlanıcılara 3.982 milyon TL kaynak aktarılmıştır (ASPB, 2015a:6). Yine engelli ve yaşlılık aylığında yer alan şartlara benzer şekilde; %50 ve üstü "ağır özürlü" ibareli özürlü sağlık kurulu raporu olan, bakıma muhtaçlık kriterlerine ve gelir kriterlerine uygun bulunan kişilere evde bakım aylığı verilmektedir. 2015 yılı ikinci 6 ayı için bu aylık 793,08 TL'dir. Evde bakım hizmetlerinde bakıcıların yakın akraba olması istenerek, geleneksel olarak aile üyeleri tarafından gerçekleştirilen hizmet sunumu teşvik edilmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı 124 huzurevinde 11.688, 151'i özel olmak üzere diğer 236 huzurevinde 9.693 yaşlıya hizmet sağlanmaktadır (ASPB, 2015a:10). Bu kapsamda ASPB'nin, özel bakım merkezleri için düzenleyici ve denetleyici bir Kurum gibi çalıştığı da söylenebilir.

2014 yılı itibarıyla 2022 ve 2828 sayılı Kanunlar kapsamında UDB harcamaları GSYH'nin yaklaşık %0,04'ünü, tüm sosyal yardım harcamaları ise GSYH'nin %1,38'ini oluşturmaktadır (ASPB, 2015b:74).

## **B- Türkiye UDB Sistemi için Finansman Yöntemi ve Hizmet Sunumu Çerçevesinde Öneriler**

Hem genç nüfusu fazla hem de kadın istihdam oranı OECD ortalamasından oldukça düşük olan Türkiye'de UDB hizmetleri arzı günümüzde toplum için çok ciddi sorun oluşturmamaktadır, zira söz konusu arz yoğunlukla geleneksel olarak aile üyesi olan kadınlar vasıtasıyla sağlanmaktadır. Ancak OECD ülkelerine benzer şekilde Türkiye'de de nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması hususları, geleneksel olarak

kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin sunumunu ve dolayısıyla finansmanını önemli ölçüde etkileyecektir.

Bu süreçte bir yandan potansiyel UDB hizmetlerinde formel ve enformel anlamda arz açığı oluşacak, söz konusu arzın niteliği, hizmetin kalitesi tartışılır hale gelecek ve aile bakıcılarında beklenen düşüş oranlarının hesaba dahil edilmesiyle UDB maliyetleri ciddi artış gösterecektir.

Sistem, UDB hizmetlerinin genel kapsamlı tek bir sistem doğrultusunda sunulması çerçevesinde yapılandırılarak finansman vergilerden sağlanırsa, toplumsal adalet açısından anlamlı ve politika hedefleri ile tutarlıdır. Fakat sosyal refah patikasında sosyal sigorta sistemi olan Türkiye için UDB hizmetlerinin genel kapsamlı tek bir sistem doğrultusunda sunulması hem gerçekçi hem de sürdürülebilir değildir.

Türkiye'nin sosyal güvence patikası doğrultusunda genel kapsamlı sistem çerçevesinde sosyal sigorta modelini benimsemesi gerektiğini söyleyebiliriz. Buna göre sistem içerisindeki kullanıcıların sisteme ödedikleri primler aynı zamanda fayda sağlayacakları hizmetler için de onay vermelerini ifade edecektir. Sigortalılardan alınacak primler; ister aktif çalışmaya girildiği andan itibaren ister yapılacak projeksiyonlar çerçevesinde tespit edilecek uygun bir yaştan itibaren tahsil edilebilir. Genel kapsamlı sistem içerisinde sosyal sigorta sistemi uygulanırken; katkı-fayda dengesinin iyi düzenlenmesi, mevcut sosyal güvenlik sistemi ile tam entegrasyon sağlanması, şeffaflık ve hesap verilebilirliğin hâkim kılınması, finansman kaynağının aktif nüfusu (çalışma çağındaki nüfus) içerecek şekilde belirlenmesi, kuşaklar arası aktarım mekanizmasının iyi kurgulanması, gelir/servet durumu iyi olmayanların da bu hizmetlerden faydalanmasının sağlanması, sosyal adalet açısından devletin de prim ödeyen sıfatıyla katkı sağlaması gerekmektedir.

Gelir/servet durumu iyi olmayanların sistemden yararlanması sağlanırken; bakıma muhtaçlık sınıflandırmasının doğru ve etkin olarak tespit edilmesi, kapsam genişliğinin doğru bir şekilde düzenlenmesi, bu çerçevede toplumsal UDB maliyet bölüşümüne dikkat edilmesi faydalı olacaktır. UDB sosyal sigorta sisteminde dağıtım yönteminden (pay-as-you-go) ziyade yapısal nedenlerden dolayı mevcut sosyal güvenlik sisteminde uygulanamayan kapitalizasyon/fon biriktirme (funded) yönteminin tercih edilmesi gelecek nesiller ve sistemin sürdürülebilirliği açısından daha

faydalı olacaktır. Diğer taraftan Türkiye’de yıllardır sürekli açık veren ve önümüzdeki yıllarda da verecek olan sosyal güvenlik sistemi ve sistem üzerindeki popülist politik baskılar göz önüne alındığında; bu sisteme tam entegre olmuş bir UDB sosyal sigorta sisteminin kapitalizasyon/fon biriktirme yöntemini pratikte uygulaması pek mümkün görünmemektedir.

UDB hizmetlerinde kapsam derinliğinin doğru olarak düzenlenmesi, bu bağlamda hizmet türlerinin (günlük temel faaliyetlerin, evde bakımda eşya ve araç kullanımlarının dâhil olup olmaması vb) açık ve hedef gruba yönelik olarak tespit edilmesi ve UDB hizmetlerinin yeterliliğinin ve kalitesinin değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Türkiye’de UDB hizmetleri işgücü arzı kapsamında öne çıkan yaklaşım, çoğunluğunu kadınların oluşturduğu aile üyelerinin bakım hizmeti vermesinin desteklenmesidir. Buna göre; bakıma muhtaç kişilerin öncelikli olarak aile üyelerini tercih etmeleri, işin özünde sevgi unsurunun olması ve maliyetinin görece düşük olması bu yaklaşımın avantajları olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan UDB’nin profesyonellik gerektiren duygusal bir iş olması aile üyelerini sağlık, ekonomik ve sosyal olarak olumsuz yönde etki etmektedir.

Türkiye UDB işgücü arzı da diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi bakım emeğinin doğasından kaynaklanan nedenlerle emek yoğun olan bir piyasadır. Bu çerçevede; çok büyük oranda kadın emeğinin, enformel (aile bakıcıları ve göçmen bakıcılar) yapının yoğun ve ücretlerin düşük olduğu görülmektedir. Doğasında aynı zamanda duygusallık barındıran ve profesyonellik gerektiren UDB hizmetlerinde; göçmen bakıcılar da dâhil olmak üzere işe alım süreçlerinin geliştirilmesi, UDB hizmet sunumu konusunda eğitimlerin verilmesi, istatistiki olarak anlamlı ve doğru bilgi üretilmesi, ücretlerin ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, bakım işgücü arzı için havuzlar oluşturulması, bakıcıların verimliliğinin artırılması gerekmektedir.

Aile bakıcılarının nakdi yardımlarla doğrudan finanse edilmesi, bu kişilere maddi destek sağlarken, diğer taraftan işgücü piyasasında bu kişilerin alabileceği alternatif ücret maliyeti, iş sonra ortaya çıkması muhtemel alternatif sağlık maliyetleri oluşturmaktadır. Bakıcılara yapılacak olan nakdi yardımların tutarının işgücü piyasasında oluşan ücret dengesine göre yüksek

ya da yakın belirlenmesi işgücü piyasası arzına olumsuz etki yapabilecektir.

Aile bakıcılarının dolaylı olarak nakdi yardımlarla finanse edilmesini ifade eden hizmet alan kişilere doğrudan nakdi yardım yapılması Japonya, Macaristan, Avustralya ve Meksika gibi aynı yardımları tercih eden ülkeler hariç neredeyse tüm OECD ülkelerinde kullanılan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntem hizmet alıcılarına doğrudan bakıcıyı seçme şansı tanımakta ve kişinin bakım ihtiyacı doğrultusunda kullanılmaktadır. Diğer taraftan bu yöntem manevi aile ilişkilerini zedeleyebilmektedir.

Doğrudan ya da dolaylı nakdi yardım yöntemi bakımın kişiselleştirilmesine katkı sağlamakta, bakıcıların emeğini görünür kılmakta ve bakıcılara verilecek eğitimlerle daha etkin olmaktadır. Diğer taraftan nakdi yardımlar daha çok aile bakıcıları temelinde enformel sektörü genişletmekte, yine orantısız ölçüde kadın emeğine dayanmakta ve aile bakıcılarının sunabilecekleri hizmetler sınırlı bir düzeyde kalmaktadır. Dolayısıyla nakdi yardımların UDB hizmet finansmanın da tek bir seçenek olarak uygulanması bakım emeğinin feminizasyonunu beraberinde getirecektir.

UDB hizmet sunumunun kurumsal mı evde mi olması gerektiği bir diğer tartışmalı konudur. Kurumsal bakım hizmetleri evde bakım hizmetlerine göre daha profesyonel bir hizmet sunmasına rağmen evde bakım hizmetleri en başta maliyet olmak üzere çeşitli nedenlerle tüm OECD ülkelerinde %65 oranında tercih edilmektedir (OECD, 2015:201). Diğer taraftan evde bakım hizmetlerinin ise; birçok dış etkene, enformel yapıya açık, ayrıntılı bir eğitim ve yakın bir denetim gerektirmesi, profesyonel sağlık personeli olarak yetişmemiş aile üyeleri tarafından sunulan günlük hasta ve ev temel faaliyetlerin tam anlamıyla yapılmaması, aile fertleri üzerinde artan bir baskıya neden olması, sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması gibi olumsuz yönleri evde bakımın ne kadar yeterli ve doğru bir yöntem olduğu hususunda tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Türkiye’de gerek kurumsal bakım kapasitesinin yetersizliği gerekse de yerleşik kültür doğrultusunda oluşan talep çerçevesinde evde bakımın öncelikli olarak tercih edileceği görünmekle beraber sistemin finansmanı da gözetilerek orta ve uzun vadede kurumsal bakımın da teşvik edilerek, yaygınlaştırılacağı bir sisteme geçilmesi hizmet kalitesi bağlamında yararlı olacaktır.

UDB hizmetleri, uzun bir süre boyunca bakıma ihtiyacı olan ekonomik yoksunluk içerisindeki yaşlıların ve engellilerin günlük temel faaliyetlerinin gerçekleşmesini sağlamaya dönüktür. Ancak yaşlılar kadar uzun süre boyunca dışarıdan bir yardıma bağımlı olan yetişkinler ve gençler de UDB hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Yine bakıma muhtaçlık durumu ekonomik yoksunluk içinde bulunan ya da bulunmayan her bireyin karşılaşılabileceği bir risktir. UDB sisteminin bu hususların da gözetilerek Türkiye'nin kendi iç dinamikleri doğrultusunda yapılandırılması gerekmektedir.

Bunun yanında gelirdeki artışla beraber daha kaliteli ve kolay ulaşılabilir hizmet beklentisi ortaya çıkmaktadır. Bunun sağlanabilmesi için de bakım hizmeti sunucularının ücretlerinin ve haklarının aynı doğrultuda düzenlenmesi gerekmektedir. Sektörde bulunan işgücü arz açığı ise orta ve uzun dönemde UDB işgücü ücretlerinde artışa neden olabilir.

Gelir testi uygulaması, UDB yararlanıcılarının gelir dağılımına göre UDB hizmetlerinin finanse edilmesi açısından faydalıdır. Fakat burada da bireysel gelirlerin/servetlerin yeniden adaletsiz dağılımı söz konusu olabilmekte, yararlanıcılara ağır bir yük oluşturabilmektedir.

Gönüllülük esaslı çalışmaların bu sistemlerin içerisine dahil edilebileceğini savunan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Fakat UDB hizmetleri gönüllülük esaslı çalışmalar çerçevesinde yürütülebilecek bir alan değildir. UDB hizmetleri hem teknik hem de finansman açısından profesyonel esaslı yürütülmesi gereken faaliyetlerdir.

UDB politikalarının sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanma ile desteklenmesi finansman açısından olumlu olacaktır. Ayrıca UDB hizmetlerinin sağlık sistemi ile bütünleşen yapısının iyi bir şekilde koordine edilmesi, konu kapsamında özel sigortanın teşvik edilmesi, harcamaların detaylı analizler için ayrıştırılabilir olması politika oluşturulması bakımından önem arz etmektedir.

## SONUÇ

Bu makale Türkiye'de yakın gelecekte ortaya çıkacak olan nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artışı, kadınların istihdama katılımının artması, değişen aile yapıları, doğurganlığın azalması hususlarının geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilen UDB hizmetlerinin

sunumunu ve dolayısıyla finansmanını önemli ölçüde etkilemesi karşısında tedbirli olunmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına dikkat çekilmesini amaçlamaktadır.

Bu çerçevede makalede bakım emeğinin kendine özgü niteliklerine değinilerek, UDB hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ile ilgili OECD ülke uygulamaları ışığında Türkiye’de yeniden yapılandırılması gereken bir UDB sistemi için önerilere yer verilmiştir.

Tüm vergi ve sosyal güvenlik sistemleri kayıtlı istihdama dayanan ve birkaç ülke hariç olmakla beraber bu alanlarda kayıt dışılığa ödün vermeyen OECD ülkelerinin bakım hizmetlerinde “istenen bir sektör olarak” enformel yapıya aile bakıcılığı üzerinden göz yumması sektörün enformel, evde bakım odaklı ve göçmen kadın emeğine dayalı bir yapıya dönüşmesine neden olmaktadır.

OECD ülke örneklerinde görüldüğü üzere birçok UDB modeli bulunmaktadır. Fakat UDB hizmetlerinin finansmanında hangi model seçilirse seçilsin UDB maliyetlerinin finansal açıdan sürdürülebilir olması, UDB hizmet sunumunda en önemli konu olarak karşımıza çıkmaktadır. UDB çerçevesinde oluşturulan modeller oldukça yenidir ve Türkiye de dâhil olmak üzere birçok ülke için UDB yeni bir olgudur. UDB sektöründe ortaya çıkan bu sorunlara çözüm getirebilmek için kapsamlı bir bakış açısına ve politikalara ihtiyaç vardır.

Demografik veriler çerçevesinde yapılan projeksiyonlar gelecekte Türkiye’nin UDB hizmet sunumuyla ilgili olarak daha fazla baskıya maruz kalacağını ve finansmanın yanı sıra hizmet kalitesini de arttırması gerekeceğini ortaya koymaktadır. Sosyal refah patikasında sosyal sigorta sistemini benimsemiş olan Türkiye’nin, UDB sisteminde de sosyal güvenlik sistemi ile entegre olarak aynı patikayı benimsemesi sürdürülebilirlik ve kaliteli hizmet sunumu unsurları göz önüne alındığında daha uygulanabilir görünmektedir.

Ayrıca UDB işgücü piyasasının hem formel hem de enformel kapsamda düzenlemesi, denetlenmesi, bu alanda anlamlı, standart ve doğru istatistiki bilgiler üretilmesinin sağlanması, ülkenin yapısal koşullarına uygun UDB politikaları oluşturulması ve bu politikalar doğrultusunda vatandaş odaklı, etkin ve kaliteli hizmet sunan bir UDB sisteminin kurulması gerekmektedir.

Türkiye’de UDB sistemi; öncelikle sürdürülebilir olarak finanse edilebilen, devletin finansmana katıldığı, özel sigortanın da teşvik edilerek sisteme dahil edildiği, sade ve sistematik bir yasal çerçevede, hem kurumsal hem evde bakım hizmetlerini içeren ve mevcut enformel-formel yapının birbiriyle iyi bir şekilde koordinasyonunu sağlayarak orta-uzun vadede formel olarak işleyecek şekilde yeniden yapılandırılmalıdır.

## Kaynakça

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), (2015a), “Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler”, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı, Ankara.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), (2015b), *Faaliyet Raporu*, Ankara.

Badgett, M.V.L. ve N. Folbre (1999), “Assigning Care: Gender Norms and Economic Outcomes”, *International Labour Review*, Cilt 138, Sayı 3, s. 311-326.

Bell, D. and A. Bowes (2007), *Financial Care Models in Scotland and the UK*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Campbell, J. ve N. Ikegami (2000), “Long-term Care Insurance Comes to Japan”, *Health Affairs*, Cilt 19, Sayı 3, s. 26-39.

Campbell, J. C.; Ikegami, N. ve M. J. Gibson (2010), “Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan”, *Health Affairs*, Cilt 29, Sayı 1, s. 87-95.

Colombo, F. vd. (2011), “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”, OECD Health Policy Studies, (OECDYayımları).

Costa-Font, J. ve A. Garcia Gonzalez (2007), “Long-term Care Reform in Spain”, *Eurohealth*, Cilt 13, Sayı 1, s. 20-22.

Ehrenreich, B. ve A. R. Hochchild (2004), “*Global Woman, Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*”, Birinci Baskı, (Holt Paperbacks Yayınları), New York.

England, P. (2005), “Emerging Theories of Care Work”, *Annual Review of Sociology, Annual Reviews*, Sayı 31, s. 381-399.

Ergan, H. ve F. Paulucci (2010), “Providing and Financing Long-term Care in Australia”, *Health and Ageing*, Sayı 3, Kasım.

Esping-Andersen G. (1990), “*The Three Worlds of Welfare Capitalism*”, (Princeton University Press), Princeton, New Jersey.

Fujisawa, R. ve F. Colombo (2009), “The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand”, OECD Health Working Paper, No. 44, (OECD Yayınları), Paris.

Gökbayrak, Ş. (2009), “Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı 21, Ankara.



- Isaksen, L.W.; Devi, S. U. and A. R. Hochschild (2008), “Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain, or Commons?”, *American Behavioural Scientist*, 52(3): 405- 425.
- Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2013), “Medicaid and Long-term Care Services and Supports”, Kaiser Family Foundation, Washington, Mart.
- Karlssoon, M. ve T. Iversen (2010), “Scandinavian Long-term Care Financing”, Health Economics Research Programme of the University of Oslo, Haziran.
- OECD (2001), “Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-related Spending”, OECD Economics Department Working Paper, Sayı 305, OECD Yayınları, Paris.
- OECD (2005), Long-term Care for Older People, (OECD Yayınları), Paris.
- OECD (2006), “Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?”, OECD Economics Department Working Paper, Sayı 477, (OECD Yayınları), Paris.
- OECD (2010), Gender Brief, OECD Socail Policy Division, Mart Baskısı.
- OECD (2015), Labour Force Statistics 2014, OECD Yayınları.
- OECD (2015), Health at a Glance, OECD Göstergeleri, (OECD Yayınları), Paris.
- Özkaplan, N. (2009), “Duygusal Emek ve Kadın İşi/Erkek İşi”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Sayı 21, Ankara.
- Seçer, H. Ş. (2007), “Çalışma Yaşamında Duygular ve Duygusal Emek: Sosyoloji, Psikoloji ve Örgüt Teorisi Açısından Bir Değerlendirme”, Kocaeli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı 50, s. 813-834.
- Simonazzi, A. (2008), “Care Regimes and National Employment Models”, Working Paper, No:113, Kamu İktisadi Bölümü, Roma Üniversitesi, Roma.
- Social Protection Committee of European Commission (EC), (2014); “Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society Report”, Brüksel, Haziran.
- Toksöz, G. (2014), Kalkınmada Görünmeyen: Kadınların Bakım Emeği içerisinde A.F. Aysan, D. Dumludağ (der.) “Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar”, (İmge Yayınları), Ankara, 2014.
- Toksöz, G. (2011), Kalkınmada Kadın Emeği, (Varlık Yayınları), İstanbul.
- Türk Dil Kurumu (1998), Türkçe Sözlük, (Türk Tarih Kurumu Basım Evi), Dokuzuncu Baskı, Ankara.