

HOLLANDA'DA YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Arş. Gör. Kaan SEVİM

İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Yüksek Lisans Öğrencisi

Öz

Dünya genelinde yaşlı nüfusu, uzun dönem içerisinde, ciddi bir artış göstereceği görülmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunun artışına paralel olarak emekli sayısının artması ve yaşam süresinin uzaması ekonomik olarak ülkeleri sürdürülebilir yeni politikalara sevk etmiştir. Hollanda artan yaşlı nüfusu ve bakım hizmetlerinin ekonomideki olumsuz etkileri sonucu 2007 yılından itibaren reformlara başladığı görülmektedir. Bu reformlar arasında; kurum bakımından evde bakım sistemine geçilmesi ve evde bakım hizmetlerinin belediyelere devredilerek ademi merkezî bir yapıya dönüştürülmesi önemli değişimler olarak görülmektedir. Hollanda'da yaşlı hizmetlerini, sosyal güvenlik sistemini ve yıllar içerisinde geçirmiş olduğu dönüşümleri yansıtmak makalenin odağını oluşturmaktadır olup aynı zamanda sosyal hizmet perspektifinden Hollanda yaşlı bakım hizmetleri incelenerek Türkiye'de oluşturulabilecek yeni yaşlı politikalarına ve tartışmalarına katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelime: Uzun Süreli Bakım, Yaşlılık, Evde Bakım, Kurumda Bakım.

Elderly Care In Netherland

Abstract

Aging population in the worldwide is expected to show a significant increase over the long term. The increase of number of retirees and the prolongation of the life expectancy have economically led the countries to adopt a sustainable new policy that is making especially in developing countries. The negative impacts of the increasing aging population and care services in the Netherlands have resulted with reforms in 2007. Transforming from residential care to non-residential care and decentralization of the non-residential care to give new role to municipalities can be seen as important changes in these reforms. This study aims to examine the elderly care policies, social security systems and the transformation of the new roles of municipalities that have taken place over the years in the Netherland. Furthermore, in order to contribute to the future aged policies and debates about elderly care system in Turkey.

Key Words: Long Term Care, Aging, Non-Residential Care, Residential Care.

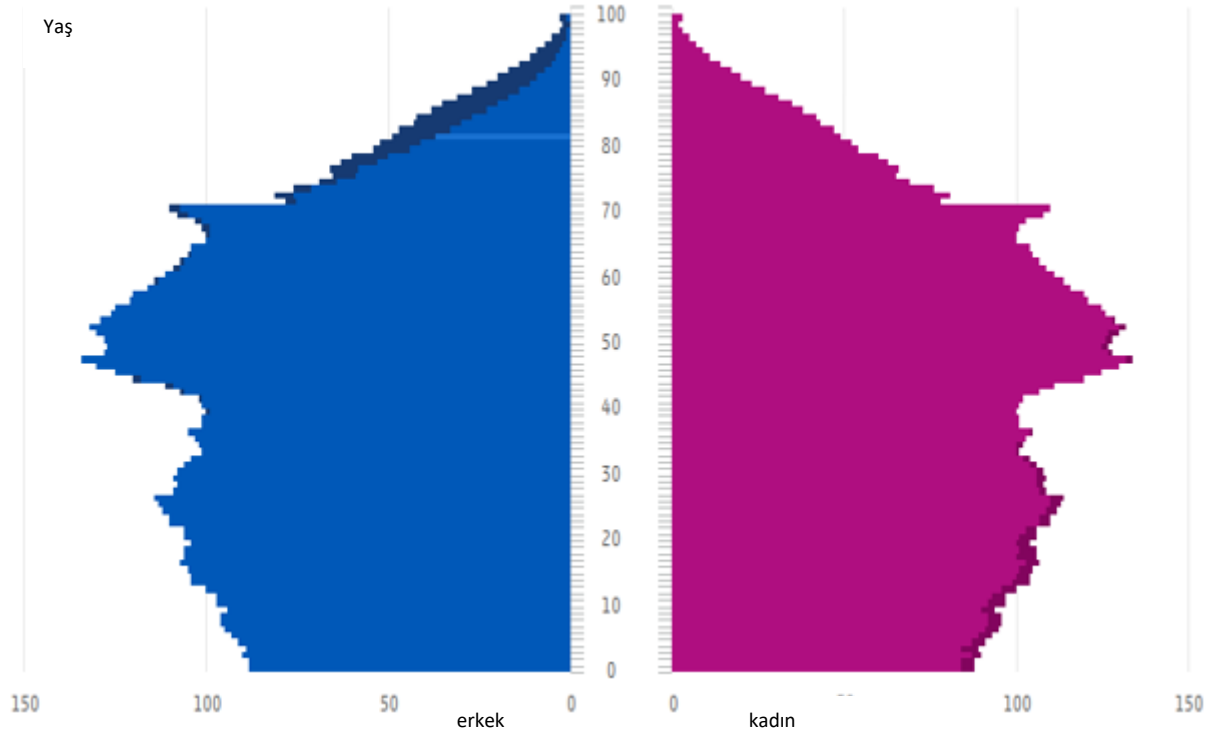
Giriş

Asya'da 508 milyon, Avrupa'da 176 milyon Afrika'da 64 milyon, Kuzey ve Güney Amerika kıtalarında ise 144 milyonu bulan yaşlı nüfusu ile birlikte yaşlı nüfusu dünya genelinde 900 milyona ulaşmış bulunmaktadır (WPA, 2015: 4). Yaşam süresinin artması ve doğum oranlarının düşmesiyle birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, ciddi bir yaşlı nüfusuyla, yeni bir döneme geçmeye başlamışlardır. Değişen bu demografik yapı, daha az çalışan ve daha fazla emekli ortaya çıkararak etkisini mali sürdürülebilirlikten sağlık sistemlerine ve sosyal hizmetlere kadar birçok alanda kendini göstermektedir (Kuné, 2009: 231). Dünya genelinde baktığımızda artan yaşlı nüfusu yaklaşık 100 yıl önce gelişmiş ülkelerde başlamış ve 21. yüzyılda da hala hızla artarak devam etmektedir. Yaşlı nüfusundaki bu artış, barınmadan taşımacılığa, aile yapısından kuşaklar arasındaki bağlara kadar birçok finansal ve tüm sektörlerinde etkisini gösteren toplumsal bir olgu haline dönüşmüştür (WPA, 2015: 2). Artan yaşlı nüfusu hayatın her alanında gerek ekonomik gerekse toplumsal olarak birçok yeni reformları beraberinde getirdiği görülmektedir. Bu artışın ilerleyen yıllarda da devam edecek olması yaşlı bakım ve sosyal güvenlik sistemlerinde; emekli yaşını uzatmaktan, yeni sigorta sistemlerinin inşası gibi yeni yaklaşımları ortaya çıkarması kaçınılmaz hale gelmiştir.

Nitekim Hollanda'nın genç nüfusu birçok Avrupa ülkesi ile karşılaştırıldığında nispeten genç olmasına rağmen yaşlanmakta olan bir nüfusa sahiptir. (Smits, Beld, Aartsen ve Schroots, 2013: 335). Hollanda'nın toplam nüfusu 16.9 milyon, yaşlı nüfusu 3.085 milyon ve 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı ise %18.2'dir (WPP, 2015: 545). Ekonomik özelliğine bakacak olursak, Hollanda yüzölçümüne göre küçük ve yoğun nüfuslu bir yerleşime sahip olmasına rağmen gayri safi yurtiçi hasılası 752 milyar USD ile Avrupa ekonomisi için çok önemli bir konumda yer aldığı görülmektedir (Smits vd., 2013: 336).

Avrupa kıtasına baktığımızda, kıtanın yaşlı nüfus oranı %18.37 iken Hollanda'da bu oran %17.09'dur (OECD Data, 2014). Hollanda'da 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı 2035 yılı içerisinde %27'ye kadar yükselmesi beklenmektedir. Aynı şekilde 80 yaş ve üzeri yaşlı nüfusu da 2015 yılında %4 iken 2035 yılı içerisinde %8'lere kadar çıkması beklenmektedir. 2015 yılında erkeklerde ortalama yaşam süresi 79.8 iken kadınlarda bu oran 83'tür (UNdata, 2012). Aynı zamanda Hollanda toplumuna, 65 yaş üzeri, Batı harici göç oranı 2010 yılı içerisinde 2010 iken 2020 yılında bu oran %6'ya 2060 yılında bu oran %22'ye kadar çıkması beklenmektedir (Garssen, 2011: 32). Göç edenlerin sosyo-ekonomik statüsü (SES) Hollandalıların ortalamasına göre daha düşük olduğundan ortalama yaşam seviyelerinin de daha düşük olması beklenmektedir (Smits vd., 2013: 336).

Tablo 1: Hollanda 2017 Cinsiyete Göre Nüfus Piramidi.



Kaynak: Statistics Netherlands.

Kamu Politikası ve Yaşlanma Sorunları

Hollanda 2012 yılında dünyanın en mutlu 4. ülkesi iken (Helliwel ve Wang, 2012: 30) 2016 yılında 7. sıraya gerilemiştir (Helliwel, Layard ve Sachs, 2016: 20). Hollanda’da yaşlıların bakımında kullanılan en önemli sistem uzun süreli bakım hizmetleri modelidir (Long Term Care). LTC sistemi; hem sağlıkta ve hem de sosyal bakım hizmetlerinde engellilerden bilişsel hastalara, ruh sağlığı problemlerinden yaşlı hizmetlerine kadar çok geniş bir kategoride hizmet verdiği görülmektedir (Maarse ve Jurissen, 2016: 241). 2010 yılında OECD ülkeleri arasında Hollanda uzun süreli bakım hizmetlerine İsveç’ten sonra en fazla harcamayı yapan ülke olmuştur (Colombo, Llena-Nozal, Mercier ve Tjadens, 2011: 49). Hollanda bir dönem yaşlı bakımında dünyada bir numaraya kadar yükseldiği de görülmüştür (Edwards, 2004). Aynı zamanda Japonya ve Batı Avrupa’da olduğu gibi Hollanda’da da ortalama yaşam süresi gittikçe artmaktadır. Artan yaşam süresi ise sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin yükselmesine, emekli aylığı ödemelerinin artmasında ve ekonomik sürdürülebilirliğin düşmesine ciddi bir baskı oluşturacağı beklenmektedir (European Commission, 2012: 18). Böylelikle Hollanda, 1980’lerden bu yana artan harcamaları 2007 yılında reforma giderek ekonomik olarak daha sürdürülebilir bir politika izlemeye başlamıştır.

Tablo 2: Hollanda’da Yaşlılara Verilen Hizmetler.

Evde Bakım	Kurumda Bakım
<i>Sağlık</i>	
Aile Hekimleri	Üniversite Hastanesi
Fizyoterapist	Genel Hastane
Meslek Hastalıkları Uzmanı	Psikiyatrik Hastane
Konuşma Terapisti	Rehabilitasyon Kliniği
Diş Hekimi	Huzurevi
Evde Bakım	Yaşlı Evleri
Toplum Ruh Sağlığı Hizmeti	
<i>Sosyal ve Refah Hizmetleri</i>	
Sosyal Hizmet	
Evlere Yemek Servisi	
Alarm Sistemi	
Oturma Hizmeti	
Formunu Koruma Egzersizi	
Sosyal Buluşma Noktaları	
<i>Konaklama</i>	
Düzenli Ev Sağlanması	
Adaptasyon	
Sabit Hizmetler	

Kaynak: Schols J., Frijters D., Kempen G. ve Hamers J. (2014). Quality monitoring of long-term care for older people in the Netherlands.

Uzun Dönemli Bakım Hizmeti (LTC)

Hollanda’da 2014 Ocak ayı içerisinde nüfusun %5’i uzun dönemli bakım hizmetinden yararlanmış ve bu oran içerisinde en büyük pay %56 ile yaşlıların olmuştur. Toplam nüfusun %16’sını oluşturan 65 yaş ve üzeri kişiler evde ve kurumda bakım hizmetlerinden yararlanmaya devam etmektedirler. LTC sistemi tamamen kamu tarafından finanse edilen bir kurumken 2012 yılından sonra gelire bağlı sigortalarla birlikte özel finanse de edilmeye başlamıştır. Böylelikle hizmet harcamalarının yaklaşık %8’lik bir bölümü de özel sigortalar tarafından karşılanması durumu ortaya çıkmıştır (Maarse ve Jurissen, 2016: 241-242). Uzun dönemli bakım hizmetleri (LTC) 2015 yılına kadar iki sigorta programı üzerinden verilmekteydi: İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu (Exceptional Medical Expenses Act, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ*) ve Sosyal Destek Kanunu (Social Support Act, *Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO*). AWBZ harcamaların %95’ini oluştururken WMO harcamaların %5’ini oluşturmaktadır. İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanununun aslında uzun dönemli bakım sistemlerinin neredeyse tamamını oluşturduğu söylenebilir. LTC sistemi 1968’de hayata

geçmiş ve gelire bağlı olarak kurum bakımından evde bakıma kadar çok geniş alanda hizmet vermeye devam etmiştir (Schols, Frijters, Kempen ve Hamers, 2014: 212-213). 2000-2012 yılları arasına gelindiğinde Uzun Dönemli Bakım hizmetlerinde yaşlılar ve engelliler için harcanan toplam bütçe %115 arttı gözlemlenmiştir. Toplamda uzun dönemli bakım hizmetleri Hollanda'nın 2010 yılında GSYİH'nin %4.3'ünü oluşturduğu ortaya çıkmıştır (Maarse ve Jurissen, 2016: 242).

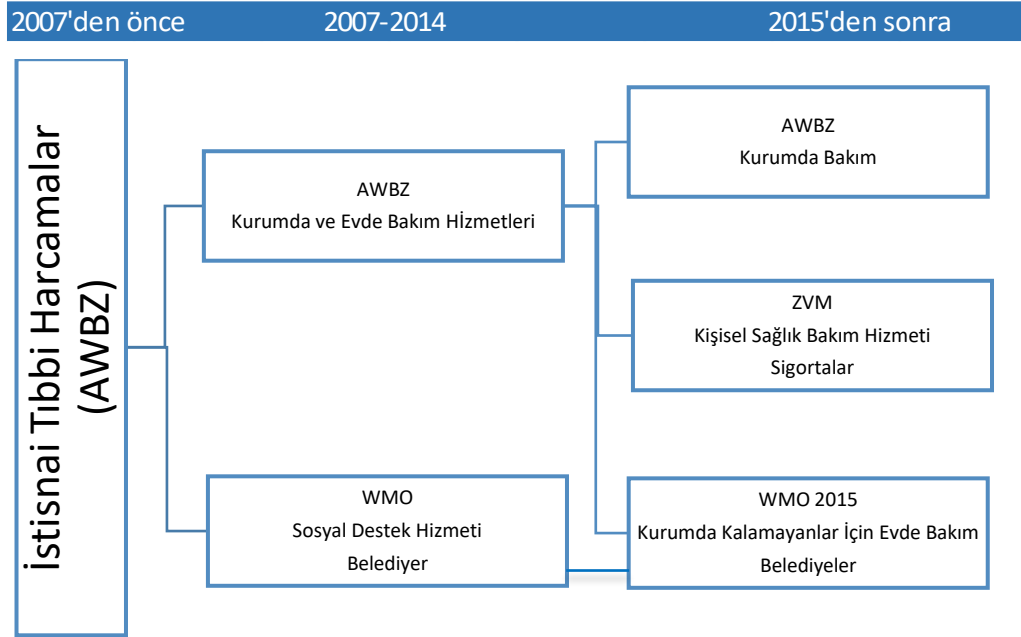
AWBZ aynı zamanda müracaatçıların isteğine bağlı olarak hizmetleri nakit karşılığında da vermektedir. Kişisel bütçe olarak da geçen bu sistemde (*persoonsgebonden budget: PGB*) kişiler bireysel olarak yardımı ve sağlık hizmetini tercih edebilmektedirler. Bu sistemden hizmet alan kişi sayısının 2005-2008 yılları arasında ortalama yılda %28 civarında hızla arttığı görülmektedir (Sandiraj, Oudijk, van Kempen ve Stevens, 2011: 9). 2000-2012 yılları arasında PGM için harcanan toplam bütçenin 5 katına kadar çıkması daha farklı reformların da yapılacağını bir şekilde göstermektedir.

Bu süreç içerisinde Sosyal Destek Kanunu 2007 yılında faaliyete girmiş ve ev temizliği, taşımacılık, yemek dağıtım servisi, evsizler ve bağımlılar için barınma evi ve ev tamiri gibi hizmetler kişinin mali durumuna bakılmaksızın belediyeler tarafından karşılanmaya başlamıştır (Maarse ve Jurissen, 2016: 242). Yerel yönetimlere üzerinde yeni sorumlulukların ortaya çıkması ile var olan yükün bu şekilde dağıtılması planlanmıştır.

Uzun Dönemli Bakım Sisteminde Reform Hareketleri

Uzun dönemli bakım hizmetlerinde ilk reform 2007 yılında Sosyal Destek Kanununun (WMO) gelmesi ile başlamıştır. Bu hizmetin temel amacı bireylere daha fazla toplumsal sorumluluk yüklemek ve aynı zamanda evde bakım hizmetlerinde özellikle de ev temizliğinde sorumlulukları yerel yönetime devredilmesinin bir başlangıcıydı. Bu hizmetler için harcanan bütçe önemli miktarda kesilmiş ve 2008 ekonomik krizinden sonra daha radikal reformlar için ilk fırsat penceresi açılmıştır (Batenburg, Kroneman ve Sagan, 2015: 247). Uzun dönemli bakım hizmetlerine harcanan bütçe 2010 yılında gayri GSYİH'nin %4.3'ünü oluştururken bu durum 2040 yılında 7 ila 9'a kadar yükseleceği öngörülmektedir (Van der Horst, van Erp ve De Jong, 2011: 8). Böylelikle ilerleyen süreçlerde ekonomik olarak sürdürülebilirliği tehlikeye sürüklediği görülmektedir.

Tablo 3: Uzun Dönemli Bakım Hizmetinin Yıllara Göre Değişimi.



Kaynak: Maarse, J. A. M. ve Jurissen, P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120, 241-245.

Uzun dönemli bakım hizmetlerinde reform birbirinden bağımsız dört başlık altında toplanmıştır: Var olan düzeni yeniden şekillendirme (a normative reorientation), kurum bakımından evde bakım sistemine geçiş (from residential care to non-residential care), evde bakım hizmetlerinde ademi merkezîyetçi bir yönetim (decentralization of non-residential care) ve masrafları kısma (expenditure cuts) politikalarıdır (Maarse ve Jurissen, 2016: 242). Tüm bu reformların amacı; uzun dönemli bakım hizmetlerini daha ekonomik seviyeye çekmek, maliyeti kurtarmak, insanları mümkün olabildiğince kendi kendilerine yetebilmelerini sağlamak ve bakım hizmetlerinde kaliteyi ve koordinasyonu artırmayı sağlamaktır (Van Ginneken ve Kroneman, 2015: 48).

Birinci reform olan düzeni yeniden şekillendirme; var olan mevcut bakım hizmetlerinin arza dayalı bir şekilde müracaatçıyı daha çok bağımlı konumuna itmektedir. Uzun dönemli bakım hizmetlerinin finanse edilmesinde küresel dayanışma ve ulaşılabilirliğin etkisiyle, normatif temel taşlarından biri olan bu yapıyı değiştirerek kişilere hem bireysel anlamda hem de sosyal anlamda daha fazla sorumluluk yüklenmesi planlanmıştır (Maarse ve Jurissen, 2016: 242). Böylelikle devlet kendi üzerinde sürekli artan mali sorumluluğu vatandaşlarla birlikte paylaşma yoluna gittiği söylenebilmektedir. İkinci reform; kurumda bakımlar artık zorunlu şartlar olmadığı müddetçe evde bakım şeklinde gerçekleştirilmesi olarak kabul edilmiştir. Üçüncü

reform; 2007 yılında ortaya çıkan ve 2015 yılında güncellemesi yapılan Sosyal Destek Kanunudur. Bu kanunla birlikte evde bakım hizmetleri yaşlılardan bağımlılara kadar genişletilerek yürütmesini bağımsız şekilde belediyelere devredilmesi sağlanacaktır. Son reform olarak harcamalarda azaltmaya yönelik politika ortaya koyulmuştur. Kurum bakımından evde bakım sistemine geçilmesiyle 0.5 milyar Euro kurum bakımı giderlerinde azalma görülmüştür. Bu uygulamaya dayanarak kişilerin zorunlu olmadığı müddetçe huzurevlerine alınmaması ve gerek görüldüğü takdirde huzurevlerinin kapatılması yönünde karar almıştır (Maarse ve Jurissen, 2016: 243).

Sonuç

Birçok gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Hollanda'da da artan yaşlı sayısı ve buna bağlı şekilde ekonomik olarak sürdürülebilir bir bakım programının oluşturulması önemli konulardan biri olarak ele alınmıştır. Sürdürülebilir bir bakım modeli ortaya koyabilmek için son yıllarda devamlı bir şekilde gelen veriler doğrultusunda reformlarla güncellemeler yaptığı görülmüştür. 2007 yılında yapılan değişiklikler üzerinde 2015 yılında tekrar yenilemeye gidilmiştir fakat henüz yeni olmasından dolayı sürdürülebilirliği ya da aksaklıkları üzerinde fikir yürütmek doğru olmayacaktır. Yeni sistem içerisinde yerel yönetimlere daha fazla rol verilmesi, yerel yönetimlerin kapasitesinin yetmeyeceği ya da daha kaliteli hizmet sunacağı algısının tam tersine sonuçlanacağı tartışılmaktadır. Aynı şekilde normatif değişikliklerle daha toplumsal ve bireysel sorumlulukların ön plana çıktığı bir yaklaşım içerisinde, informel ve profesyonel olmayan bakım anlayışlarını ortaya çıkacağı da düşünülmektedir.

Genç refah devletinden daha yaşlı ve toplumsal sorumluluğun arttığı bir sisteme geçişin yaşandığı görülmektedir. Hollanda'nın yeni yaşlı jenerasyonu daha eğitilmiş, finansal olarak daha iyi durumda ve bakım hizmetlerinde ve yaşamında daha fazla seçim hakkına sahip konumdadır. Diğer yandan düşük seviyede gelire sahip yaşlıların ise daha az seçim hakkına sahip ve daha çok akraba ve devlete bağımlı konumda olduğu görülmektedir (Smits vd., 2013: 341).

Son dönemlerde Hollanda'da gerontolojik ve geriatric çalışmaların ve araştırmaların daha interdisipliner bir şekilde arttığı görülmektedir. Hollanda'da yaşlı politikalarının uygulama kısmında yapılan değişiklikler her ne kadar tartışılabilir de yaşlıların topluma katkısının ve özerkliğinin devam etmesi adına önem arz etmektedir. Hollanda, güncel veriler doğrultusunda yeni çözüm önerilerini hızlıca üretilmeyi başardığı söylenilebilir.

Kaynakça

Batenburg R., Kroneman M. ve Sagan A. (2015). *The impact of the crisis on the health system and health in the Netherlands*. In: Maresso A. (Ed.), *Economic crisis, health systems and health in Europe* içinde (s. 247-283). United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. ve Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies: OECD Publishing.

Edwards, M. (2004). As good as it gets. *AARP The Magazine*, 47–53.

European Commission: Fiscal sustainability report 2012, European Economy 8/2012
European Union: Brussels.

Garssen, J. (2011). *Demografie van de vergrijzing* [Demographic of the population aging]. Den Haag/Heerlen, The Netherlands: CBS.

Helliwel J., Layard R. ve Sachs J. (2016). *World Happiness Report 2016: Volume I*. New York: Columbia University.

Helliwel, J., ve Wang, S. (2012). *The state of world happiness*. In J. Helliwel, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *World happiness report*. New York: Columbia University.

Kuné, J. B. (2009). Population aging and the affluent society: the case of the Netherlands. *Pensions*, 14(4), 231- 241.

Maarse, J. A. M. ve Jurissen, P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120, 241-245.

OECD Data, Elderly Population, (2014). Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2017, <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm#indicator-chart>.

Saldiraj K., Oudijk D., van Kempen H. ve Stevens J. (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. The Hague: SCP-publication.

Schols J., Frijters D., Kempen G. ve Hamers J. (2014). Quality monitoring of long-term care for older people in the Netherlands. Mor V., Leone T. ve Maresso A. (Ed.), *The challenges of regulating long-term care quality: an international comparison* içinde (s. 211-239). Cambridge: Cambridge University Press.

Smits, C.H. M., Beld, H. K., Aartsen, M. J. ve Schroots, J. J. F. (2013). Aging in the Netherlands: state of the art and science. *The Gerontologist*, 54(3), 335-343.

Statistics Netherlands, Age Composition in the Netherlands 2017, Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2017, <https://www.cbs.nl/en-gb/visualisaties/population-pyramid>.

UNdata, A World of Information, Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2017, <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3a35>.

Van der Horst A., van Erp F. ve De Jong J. (2011). *Zorg blijft groeien: financiering onder druk*. The Hague: Centraal Planbureau.

Van Ginneken E. ve Kroneman M. (2015) Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle. *Eurohealth*, 21(3), 47–50.

World Population Ageing: 2015 Highlights, (2015). New York: United Nations.

World Population Prospects Volume II: Demographic Profiles, (2015). New York, United Nations.