

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE YAŞLILIKTA UZUN SÜRELİ BAKIM: SOSYAL ADALET, SOSYAL REFAH VE HİZMET MODELLERİ

Hazal SWEARİNGER¹

Öz

Uzayan yaşam süreleri ve kronik hastalıklarla geçen sürelerin artması neticesinde yaşlılık süresince deneyimlenen fiziksel ve zihinsel engellilik yaygınlaşmıştır. Bu engelleri yaşayan yaşlı bireylere kişisel bakım hizmetleri sunan uzun süreli bakım modelleri kritik bir öneme ulaşmıştır. Sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen sosyal politikalar, yaşlılıkta engellilik yaşayan ve bakıma muhtaç bireylerin bu ihtiyaçlarına uzun süreli bakım hizmetleri aracılığı ile hak temelli bir çerçevede yaklaşmalıdır. Bu çalışma Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bağlamında sosyal refah modelleri ve uzun süreli bakım modelleri arasındaki ilişkiyi kurmayı hedeflemiştir. Bu amaçla, Amerikan sosyal refah sisteminin piyasa merkezli liberal refah modeline sahip olmasının uzun süreli bakım sistemini nasıl şekillendirdiğini, uzun süreli bakım modelleri, finansmanı ve hizmet sunumuna değinerek tarihsel bir çerçevede tartışmıştır. Bu tartışma, Amerikan uzun süreli bakım sisteminin piyasa merkezli gelir-testi modeline sahip olduğu ve hak temelli ve sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen bir yaklaşım takip etmediği sonucuna ulaşmıştır. Bunun neticesinde uzun süreli bakıma erişimde ve erişilen hizmetin kalitesinde büyük eşitsizliklerle karşılaşmaktadır. ABD, bu bakımın sunulmasında sosyal adaleti sağlamak için uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunda yapısal reformlar yaparak bu alanda yaşanan eşitsizliklere müdahale etmeli, aynı zamanda da gelişen teknolojiyi bakım modellerine daha iyi entegre etmek için uzun süreli bakım modellerini geliştirilmeli ve düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: *Amerika Birleşik Devletleri, sosyal politikalar, uzun süreli bakım, yaşlanma*

¹ Dr. Öğretim Üyesi., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, E-posta: hazalswearinger@karatekin.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8573-641X

SWEARİNGER, H. (2023) Amerika Birleşik Devletleri'nde Yaşlılıkta Uzun Süreli Bakım: Sosyal Adalet, Sosyal Refah ve Hizmet Modelleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 23(61), 693-729. DOI:10.21560/spcd.vi.1150176

LONG-TERM CARE FOR OLDER ADULTS IN THE UNITED STATES: SOCIAL JUSTICE, SOCIAL WELFARE, AND SERVICE MODELS

Abstract

As a result of longer life expectancies and time spent with chronic diseases, physical and mental difficulties experienced during old age has become widespread. Long-term care models that provide personal care services to older adults experiencing these difficulties have reached critical importance. Long term care services, as a subdomain of social welfare seeking to ensure social justice should address these needs through rights-based framework. This study aimed to establish the relationship between social welfare models and long-term care in the context of the United States (USA). For this purpose, it was discussed how American market-centered liberal welfare model shaped the long-term care system in a historical context with reference to long-term care models, financing, and service delivery. This discussion concluded that the American long-term care system has a market-centered income-testing model and does not adhere to a rights-based social justice framework. As a result, there are significant disparities in both availability of long-term care and quality of services offered. The USA must address the structural inequalities in organization, financing, and provision of long-term care services in order to ensure social justice in the provision of care, while at the same time, new care models should be developed to better integrate emerging technology into care models.

Key Words: *United States, social Policies, long Term Care, aging*

GİRİŞ

İnsanlık tarihi son yüzyılda sağlık, bilim ve teknoloji alanında büyük ilerlemeler kaydetti ve bunun neticesinde yaşam süreleri büyük oranda uzadı (World Health Organization [WHO], 2019). Yaşam süresinin uzamasıyla yaşlılıkta sıklıkla görülen tansiyon, demans, kalp hastalıkları ve diyabet gibi yaşamın sonuna kadar devam eden kronik hastalıklarla yaşanan süre de arttı (DuGoff vd., 2014). Bu kronik hastalıklar ve yaşlanmanın genel doğasından kaynaklanan fiziksel ve/veya zihinsel engellere paralel olarak işlev kaybı yaşayan yaşlı bireyler, hayatlarının birçok alanında kısıtlanmalar yaşamaktadırlar. Bu kısıtlanmalara uzun süreli bakım ihtiyaçları denir (Katz vd., 2016). Uzun süreli bakım ihtiyaçları temelde üç alanda incelenmektedir. Bunlardan ilki günlük yaşam aktiviteleri olarak tanımlanan yemek yeme, duş alma/banyo yapma/yıkama, tuvalet ihtiyacını karşılama ve giyinme gibi bireylerin hayatının devamını sağlamakta elzem olan temel işlevleri içerir. İkinci grup ihtiyaçlar, yemek hazırlamak, ilaçları takip etmek, market alışverişi yapmak ve ulaşım araçlarını kullanmak gibi bağımsızlığı korumak için gerekli ek işlevlerdir ve günlük yaşamın araçsal aktiviteleri olarak tanımlanırlar. Son ihtiyaç alanı olan mobilite ise yürümek, merdiven çıkmak/inmek, ağır cisimleri hareket ettirmek/taşımak olarak özetlenebilir (Freedman ve Spillman, 2014).

Uzun süreli bakım ihtiyaçlarında önemli kısıtlamalar yaşayan yaşlı bireyler, gündelik hayatlarını tek başlarına sürdürmekte zorluk çekerler ve uzun süreli bakım ve desteğe ihtiyaç duyarlar (Broad vd., 2015). Bu bakım ihtiyaçları farklı bakım modelleri ile karşılanabilmektedir. Bu bakım modelleri, ülkelerin sosyal politika yaklaşımları, hizmet sunum altyapıları, kültürel öğeleri ve tarihsel, siyasal, ekonomik, toplumsal yapılarına göre değişiklik göstermektedir. Dolayısıyla her ülkenin uzun süreli bakım hizmetlerinin kapsamı ve uygulamaları bu öğelere göre şekillenmektedir (Ağcasulu, 2021).

Bu makalenin amacı sosyal refah ve uzun süreli bakım modelleri arasındaki ilişkiyi kurmak için Amerikan sosyal refah sisteminin piyasa merkezli liberal yaklaşıma sahip olmasının uzun süreli bakım sistemini nasıl şekillendirdiğini anlamaktır. Bunu anlamak için Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşlı bireylere sunulan uzun süreli bakım hizmetlerinin tarihsel dönüşümü incelenecek ve geline nokta uzun süreli bakımın mevcut durumu tartışılacaktır.

Son olarak ABD’de uzun süreli bakımın geleceği değerlendirilecek ve yaşlılıkta sosyal adaletin sağlanması önemli bir rolü olan uzun süreli bakım hizmetleri için sosyal politika önerileri geliştirilecektir. Bu araştırma alan yazına dayalı bir derleme çalışması olarak tasarlanmıştır. Bunun için öncelikle ABD’de uzun süreli bakım modelleri ve politikaları konularında alan yazın taraması yapılarak kitap, rapor, makale, dergi ve gazete gibi basılı materyallere, internet ve mevzuat kaynaklarına ulaşılmıştır. Bu kaynak taraması akademik veri tabanlarında gerçekleştirilmiş, veri toplama süreci yeterli bir doygunluğa ulaştığında ilgili kaynaklar detaylı bir şekilde incelenmiştir. Çalışmamızın önemli bir parçası olarak ABD uzun süreli bakımına dair resmi istatistiklerden faydalanılarak tablo ve şekiller hazırlanmıştır. Ulaşılan tüm bu kaynakların incelenmesiyle elde edilen veriler tartışılmış ve sentezlenmiştir.

SOSYAL POLİTİKA DİSİPLİNİNDE UZUN SÜRELİ BAKIMIN YERİ

Sosyal politika bir disiplin olarak, toplumda refah ve huzuru sağlamayı, en yüksek iyilik haline ulaşmayı ve sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen, sosyal nitelikli güçlendirici politikalar bütününden oluşmaktadır ve insan hakları ve demokrasi ile doğrudan ilişkilidir (Altan, 2004). Sosyal politikanın konusunu oluşturan temel sorunlar arasında toplum nüfusunun yaşlanması ve yaşlı nüfus oranının artışına bağlı olarak ortaya çıkan toplumsal riskler de yer almaktadır (Şeker ve Kurt, 2018). Yaşlılık döneminde karşılaşılan toplumsal risklerin başında engellilik ve bakıma muhtaçlık gelmektedir (Tufan, 2016). Bu çerçevede, uzun süreli bakım sosyal politika ile yakından ilişkilidir.

Engellilik ve bakıma muhtaçlık birbiriyle yakından ilişkili kavramlardır. Engellilik, duysal, işlevsel, zihinsel veya ruhsal yeti yitimi olarak tanımlanabilir ve günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşamın araçsal aktiviteleri ve mobilite gibi temel gereksinimlerin yerine getirilmesinde kısıtlanmalara yol açar (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022). Bakıma muhtaçlıkta yaşamın devamı için elzem olan bu aktiviteleri başkalarının desteği olmadan yerine getirememektir (Bilge, 2020). Yaşlılıkta sıklıkla deneyimlenen toplumsal risklerden engellilik ve bakıma muhtaçlık, uzun süreli bakım modelleri ile desteklenebilmektedir. Bu çerçevede, uzun süreli bakım, bir disiplin olarak, toplumsal risklerin kamusal idaresini yapan sosyal politikaların alanına girer (İçli, 2019; Ağcasulu, 2021). Sosyal politikalar, bakıma muhtaç yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında hangi toplumsal kurumların ne tür roller üstleneceğini düzenler (Yılmaz, 2018).

Sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen sosyal politikalar, yaşlılıkta engellilik yaşayan ve bakıma muhtaç bireylerin bu ihtiyaçlarına hak temelli bir çerçevede yaklaşır. Bu yaklaşım, engel ve muhtaçlık durumlarının toplumsal birer risk olduğu, bu sebeple herkesin bu riske açık olduğu ön kabulünden hareketle, bakım hizmetlerine erişimin temel haklar arasında olduğuna inanır. Hak temelli sosyal politika yaklaşımı, yaşamlarının devamı için başkalarının uzun süreli bakım desteğine ihtiyaç duyan bireylerin bu hizmetlere erişiminde aile üyelerinin varlığına ya da ekonomik koşullara bağlı olarak eşitsizlik yaşanmasını önlemeyi amaçlar. Bu bakım hizmetlerine erişimde eşitsizliklerle karşılaşan yaşlı bireyler, temel gereksinimlerini karşılayamamaları ile başlayan ve giderek toplumla olan bağlarının zayıflayarak kopmasına neden olan dinamik bir süreçle karşılaşmaktadırlar (Özgökçeler, 2006). Bu sebeple yaşlılıktaki engellilik ve bakıma muhtaçlık durumları uygun bakım modelleri ile karşılanmadıklarında sosyal ayrımcılık ve dışlanma riski yaratmaktadır. Ancak ülkeler sosyal refah yaklaşımlarında farklılık göstermektedir ve bu farklılık uzun süreli bakım sunumunu da şekillendirmektedir. Bu bölümde, ABD'deki uzun süreli bakım sunumunu daha iyi anlamak için, Amerikan sosyal refah sistemini farklı refah devlet modelleri ile ilişkilendirerek incelenecektir.

AMERİKAN SOSYAL REFAH SİSTEMİ

Aile, merkezi yönetim, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör gibi sosyal refahın sunumundan sorumlu kurum ve kuruluşlar sosyal politikanın aktörleridir (Swearingen, 2023). Rol ve sorumlulukların bu aktörlerin arasında nasıl paylaşıldığı ülkelerin sosyal refah yaklaşımlarına göre değişiklik göstermektedir. Bazı ülkelerde sosyal refah sunumunda devlet kurumları birincil sorumluyken, bazı ülkelerde ise özel sektörün ön plana çıktığı görülmektedir. Bu farklılaşmayı anlamaya yönelik olarak farklı refah devlet modellerinde aile, merkezi/yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör arasındaki iş bölümü tartışılmalarını hatırlamak faydalı olacaktır.

Sosyal refah modelleri tartışması 1950 yılında vatandaşlık haklarını ve görevlerini tarihsel bir çerçevede inceleyen yazınına dayanmaktadır. Bu yazında haklar temelinde kavramsallaşan vatandaşlık, 18. yüzyılda medeni haklar, 19. yüzyılda siyasi haklar ve 20. yüzyılda sosyal haklar olmak üzere üç farklı tarihsel süreçten geçmektedir. Sosyal vatandaşlığa ilişkin olan sosyal haklar

arasında ekonomik refah, fırsat eşitliği ve sosyal güvenlik hakları bulunmaktadır (Turner, 1990). Marshall'ın tanımladığı bu sosyal vatandaşlık kavramı devam eden süreçte sosyal refah modelleri tartışmasına zemin oluşturmuştur.

Sosyal refah modellerinin sınıflandırılması 1958 yılında Wilensky ve Le-beaux'un refah anlayışlarını kurumsal refah modeli ve kalıntı refah modeli olarak iki türe ayırmasıyla başlamıştır. Bu sınıflandırmada kurumsal refah modelinde refahın sunumunda birincil aktör yerel ve merkezi yönetimlerken, kalıntı refah modelinde yerel ve merkezi yönetimler ancak aile ve özel sektör yeterli gelmediğinde devreye girer. Refah modellerinin sınıflandırması 1974 senesinde Titmuss'un üçlü yaklaşımı ile devam etmiştir. Titmuss refah modellerini Kalıntı Refah Modeli, Endüstriyel Başarı Modeli ve Kurumsal Yeniden Dağıtımcı Model olmak üzere üç temel başlık altında incelemiştir. Kalıntı Refah Modelinde sosyal refahın sunumunda aile ve özel sektör birincil sorumluyken, Endüstriyel Başarı Modelinde sosyal ihtiyaçlar vasıf, performans ve üretkenliğe göre karşılanmaktadır. Kurumsal Yeniden Dağıtımcı Modelde ise sosyal refah merkezi ve yerel yönetimler tarafından karşılanmakta, bu sayede devlet kurumları yeniden dağıtım yoluyla geliri yeniden paylaştırıp sosyal refah oluşturmakta ve böylece kısmen sosyal eşitliği sağlamaktadır (Swearingen, 2023).

Bu sınıflandırmaların belki de en bilineni Esping-Andersen'in 1990 tarihli Refah Kapitalizminin Üç Dünyası isimli çalışmasıdır. Esping-Andersen bu çalışmasında Marshall'ın sosyal vatandaşlık kavramını ve Titmuss'un üçlü sınıflandırmasını birleştirmiş ve merkezi ve yerel yönetimlerin sosyal güvenlik sunumunun yanı sıra politik ekonomideki rolüne de değinmiştir (Gümüş, 2020). Esping-Andersen, sosyal refah rejimlerini bireylerin yaşamlarını ne kadar metadan arındırılmış olarak sürdürebilmelerine ve dolayısıyla sosyal hakların kurumsallaşması ve temel ihtiyaçların piyasa dinamiklerinden bağımsız olarak karşılanma seviyelerine göre üç tipolojiye ayırır (Swearingen, 2023). Bunlardan ilki Liberal Sosyal Refah Rejimidir ve Titmuss'un Kalıntı Refah Modeline benzer. Sosyal refahın sunumunun çoğunlukla özel sektör ve piyasa dinamiklerine bırakıldığı bu model literatürde Anglo-Amerikan liberalizmi olarak da geçmektedir (Keyder ve Buğra, 2006). Bu tipolojinin ikinci refah modeli olan Muhafazakâr-Korporatist Refah Rejimi bir sosyal sigorta

modelidir ve çoğunlukla orta Avrupada görülmektedir. Titmuss'un Endüstriyel-Başarı Modeline benzeyen bu model, ailenin yapısının korunmasına öncelik verirken, sosyal sorunları sosyal güvenlik yoluyla çözmeyi hedefler (Özdemir, 2005). Ve son olarak Sosyal Demokrat Refah Rejiminde evrensellik ilkesi ile kapsamlı sosyal güvence sağlayan merkezi ve yerel yönetimler, sosyal dayanışma ve sınıflar arası eşitliği hedefler (Keyder ve Buğra, 2006). Kuzey Avrupa ülkelerinde görülen bu model, Titmuss'un Kurumsal Yeniden Dağıtıcı Modeline benzemektedir.

Özet olarak, Amerikan sosyal refah modeli Wilensky ve Lebeaux'un tipolojisinde Kalıntı Refah Modeline, Titmuss'un tipolojisinde Kalıntı Refah Modeline ve Esping-Andersen'in tipolojisinde Liberal Sosyal Refah Rejimi sınıfına girmektedir. Bu çerçevede Amerikan sosyal refah rejimi, bireyci ve özel sektör/piyasa odaklı bir yaklaşıma dayanmaktadır. Birçok ülkede özel sektörün sosyal refah hizmetlerinin sunumunda rol aldığı görülmektedir ancak ABD'de özel sektörün bu alandaki ağırlığının diğerlerine kıyasla çok daha fazla olduğu görülmektedir. ABD sosyal refah sisteminin diğerlerinden bir diğer farklılaştığı nokta sosyal refah hizmetlerini gelir bazında ayrıştırdığı bir "hak edenler" grubuna sunmasıdır. ABD'de sosyal refah hizmetleri ancak en düşük gelir ve en yüksek ihtiyaç seviyesine sahip olarak küçük bir sosyal gruba sunulmaktadır. Bu şekilde küçük bir gruba sunulan sosyal refah uygulamaları, bu kişilerin tembel ya da toplumun normlarına uyumsuz oldukları gibi olumsuz kalıp yargıları da beraberinde getirir (Beland vd., 2015). Ancak birçok Avrupa ülkesi 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde sosyal içerme ve dayanışma retoriği içerisinde sosyal refah hizmetlerini evrensel bir yaklaşımla sunmaya başlamıştır. Fakat ABD, kişisel sorumluluğa ağırlık vererek yalnızca gelir ve ihtiyaç seviyelerine göre belirlenen hak edenler grubuna hizmet sunulan bir refah devleti mantığını sürdürmüştür (Beland vd., 2015). Bu açılarından uzun süreli bakımın sunulması da benzer bir ideoloji şekillenmektedir. Piyasa merkezli liberal refah modeline sahip Amerikan sosyal refah sistemi, gelişmiş ülkelerdeki hemen hemen tüm diğer refah devletlerinden daha az cömert ve daha az kapsamlıdır (Beland vd., 2015).

UZUN SÜRELİ BAKIM TİPOLOJİSİ

Sosyal politikaların bir alt dalı olan uzun süreli bakım modelleri de bu sınıflandırmanın bir parçası olarak tartışılmaktadır. Dünya Bankası uzun süreli bakım modellerinin küresel düzeyde incelenmesi ve temel göstergeler üzerinden bir tipoloji geliştirilmesi için 2017 senesinde bir çalışma grubu oluşturdu (Joshua, 2017). Bu çalışma grubu bir araya gelerek uzun süreli bakım modellerini yeni bir zeminde tartışmaya açarak farklı ülkelerin verilerini analiz ettikleri bir tipoloji geliştirdiler. Bu tipoloji ile uzun süreli bakım modellerini dört başlık altında gruplandırıdılar:

1. Sosyal Sigorta Modeli: Hollanda, Almanya ve Japonya gibi ülkelerde görülen bu modelde, uzun süreli bakım hizmetleri nüfusun tamamını veya çoğunu kapsar. Uzun süreli bakım sunumunda kullanılan sosyal sigortalar özel olarak ayrılmış bir finansman kaynağına sahiptir ve bu finansman katkı payları ve merkezi/yerel yönetimler tarafından yapılan ödemelerden oluşur.
2. Evrensel Model: Danimarka, Finlandiya ve İsveç gibi ülkelerde görülen bu modelde, uzun süreli bakım hizmetleri yerel ve bölgesel vergi gelirleri tarafından finanse edilir ve belediye programları aracılığıyla uygulanır. Tüm vatandaşların uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.
3. Hibrit Sistem: Fransa'da görülen bu model, evrensel düzeyde tüm vatandaşları kapsar ancak faydalanılabilecek hizmetlerin çeşitliliği gelir seviyelerine göre belirlenmektedir. Yaşlı bireylere uzun süreli bakım hizmetlerini satın almakta kullanabilecekleri nakit ödemeleri sunulur ve bu tutar gelir seviyesine göre belirlenir.
4. Gelir Testi Modeli: Birleşik Krallık ve ABD'de görülen bu modelde, genel vergilerden finanse edilen uzun süreli bakım hizmetleri gelir testine göre önceden belirlenmiş bir sınırın altında kalan düşük gelirli vatandaşların erişimine açılmıştır.

Bu uzun süreli bakım modelleri tipolojisinde Gelir Testi Modelinde olan ABD, bu hizmet dalına erişimde bireyleri birincil sorumlu kılmıştır ve merkezi ve yerel yönetimlerin bu alandaki desteği sınırlıdır. ABD'de sunulan uzun süreli bakımın yarısından fazlası, eşler veya diğer aile üyeleri tarafından

sağlanan gayri resmi, karşılıksız yardımdır (Bohl vd., 2014). Bunun dışında kalan uzun süreli bakım hizmetleri hem özel hem de kamu kaynaklarından finanse edilir. Kamu finansmanından faydalanmak için gelir ve ihtiyaç testinden geçmek gerekmektedir. Yani diğer sosyal refah uygulamalarında olduğu gibi, yalnızca en düşük gelir sınıfına ve en yüksek ihtiyaç seviyesine sahip olan kişiler kamusal uzun süreli bakım finansmanından yararlanabilir.

Piyasa merkezli liberal refah modeline sahip olan Amerikan sosyal refah sistemi uzun süreli bakımın sunumunu da benzer bir çerçevede şekillendirmiştir. Sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen sosyal politikaların bir alt dalı olan uzun süreli bakım, ABD'de hak temelli bir yaklaşımdan uzaktadır ve toplumsal risklere cevap vermekte yetersiz kalmaktadır (Dyer vd., 2020). Uzun süreli bakım diğer sağlık hizmetleri gibi temel haklar arasında kabul edilmediğinden yaşlı bireyler bu hizmetlere erişiminde aile üyelerinin varlığına ya da ekonomik koşullarına bağlı olarak eşitsizlikler yaşamaktadırlar. ABD'de günümüzde sunulan uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanı, organizasyonu ve modellerini daha iyi anlamak için öncelikle tarihsel gelişimini incelemek yerinde olacaktır.

ABD'DE UZUN SÜRELİ BAKIMIN TARİHSEL GELİŞİMİ

ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri on dokuzuncu yüzyılın başlarından itibaren hem bakım hizmet modelleri hem de bakımların finanse edilişi boyutlarında büyük dönüşümlerden geçmiştir. Makalenin bu bölümünde bu süreç dört başlık altında incelenecektir. İlk başlıkta, 1800'lü yıllardan başlayarak 1930'lu yıllara dek süren uzun süreli bakım modellerinin ortaya çıkma dönemini inceleyeceğiz. İkinci kısımda, 1930'lar ile 1960'lar arası dönemde Sosyal Güvenlik Programı'nın oluşturulması ile uzun süreli bakımın finansmanında yaşanan dönüşüm tartışılacaktır. Üçüncü kısımda, 1965 senesinde Medicare ve Medicaid'in oluşturulması ile kurumsal bakımın yükselen ivmesi incelenecektir. Dördüncü kısımda, 1970 sonrasında günümüze değin yaşanan, uzun süreli bakımda paradigma değişimini ve kurumsal bakıma karşılık yükselişe geçen ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerini inceleyeceğiz.

Uzun Süreli Bakımda Yavaş Bir Başlangıç

ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri on dokuzuncu yüzyılda yavaş bir şekilde başladı. Dilimize düşkünler evi ya da imarethane olarak çevrilebilecek

almshouses kurumlarında, uzun süreli bakım hizmetleri sadece yaşlı bireylere değil, yaşları veya fiziksel durumları nasıl olursa olsun kendi bakımını karşılayamayan engelli ve evsiz bireyler gibi toplumun en bakıma muhtaç kesimlerine de toplu olarak sunulmaktaydı (Spencer-Wood, 2001). Bu bakımevleri genelde yerel yönetimler tarafından finanse edilmekteydi. Kurumsal bakım modelinin ilk örneklerinden olan *almshouses* zamanla kendi bakımını sağlayamayan yoksul insanların yaşamaya zorlandığı fakir evlerine (*poor houses*) dönüştü (Michaels, 2020). Bu bakım evlerinde sunulan bakım yetersizdi ve gündelik hayat oldukça zordu (Kong vd., 2021). Aşırı kalabalık içerisinde kötü muamelenin görüldüğü ve yetersiz bakımın sunulduğu *almshouses* toplumun en muhtaç kesimi tarafından son çare olarak kullanılmaktaydı (Tauke ve Smith, 2020).

Yirminci yüzyılın başlarına gelindiğinde, kadın ve kilise gruplarının kendi etnik ve dini kimliklerine sahip yaşlı bireylere yönelik endişelerinden hareketle *asylum* adı ile bilinen yaşlı bakım evleri kurulmaya başlandı (Haber ve Gratton, 1993). Bu yaşlı bakım evlerinde kalabilmek için yüksek giriş ücretleri ve iyi karakter sertifikaları gerekmektedir. Bu önkoşulları sağlayan yaşlı bireyler, *almshouselardan* bakım evlerine taşındıkça, geride kalan engelli veya evsiz bireylere yardım eden gruplar da organize olarak yetimhaneler, çalışma evleri, hastaneler veya akıl hastaneleri gibi belirli ihtiyaçlara göre düzenlenen kurumlar kurdular (Haber ve Gratton, 1993). Yani artık *almshouselarda* sadece dindar olmayan veya ırk ve etnik azınlık gruplarından kimsesiz yaşlılar kalmaya başlamışlardı. Bu durum 1930'lu yıllarda yeni bir dönemin başlamasına yol açtı.

Nakit Yardım Dönemi: 1930'lar – 1960'lar

1930'lara gelindiğinde, hükümet yetkilileri artan yoksul yaşlı nüfusu daha fazla yok saymadı (Amenta, 2000). 1935 Sosyal Güvenlik Mevzuatı ile ABD, sosyal güvenlik alanında büyük bir adım atarak yaşlı ve ihtiyaç sahibi bireyler için nakit yardım programları oluşturdu. Ancak Sosyal Güvenlik Mevzuatının popülerliği ve meşruiyetini korumak amacıyla *almshouse* sakinleri bu nakit yardım ödemelerinden menedildi (Achenbaum ve Carr, 2014). Bu kararın sebebi, bireylerin kendi refahlarında bireysel sorumluluğu ön planda tutarak bireylerin bağımsızlığını desteklemektir. *Almshouseda* yaşayan bireylere nakit

ödemesi sunulmayarak, bu bireylerin kendi evlerine taşınmalarının önünü açmayı hedeflemekteydi. Bu amaçla Sosyal Güvenlik nakit yardımları *almshouselar* gibi devlet tarafından finanse edilen kurumlarda kalan yoksul yaşlı bireylere verilmemekteydi (Kaffenberger, 2001).

1935 Sosyal Güvenlik Mevzuatının nakit yardımların sunulacağı nüfusa dair yaptığı bu bilinçli tercihin sebebiyle *almshouselarda* kalan yaşlı bireylerin bağımsızlığını kazanıp bu kurumlardan ayrılacakları varsayılmıştı ancak çok geçmeden hükümet yetkilileri bunun gerçekleşmeyeceğini fark ettiler (Holstein ve Cole, 1996). Çünkü *almshouselarda* kalan yaşlı bireylerin çok az bir kesimi sadece maddi olanaksızlıklardan bu kurumlarda kalmaktaydılar. Birçoğunun bu kurumlarda ikamet etmesinin gerçek sebebi uzun süreli bakım hizmetlerine duydukları ihtiyaçtı (Holstein ve Cole, 1996). Bu kişiler kendi evlerini finanse edebilecek ekonomik olanaklara ulaşırsalar dahi, gereksinim duydukları uzun süreli bakıma ulaşabilmek için *almshouse* gibi kurumlarda kalmaya ihtiyaç duyacaklardı. Sosyal Güvenlik Mevzuatı ile nakit yardımı alan *almshouse* sakinlerinin küçük bir kısmı bu kurumlardan ayrılıp sunulan nakit destekle kendi başlarına yaşamaya başlarken, büyük bir çoğunluğu nakit desteği alırken ihtiyaç duydukları bakıma da ulaşabilecekleri özel huzurevlerine taşınmak zorunda kaldılar (Holstein ve Cole, 1996). Nüfuslarının çoğunu kaybeden *almshouseların* büyük bir kısmı bir süre sonra kapandı. Bu şekilde yeni bir tüketici kesimi yaratan Sosyal Güvenlik Mevzuatı, yaşlı bireylerin kendi uzun süreli bakımlarını kendilerinin yönetebilmeleri için finansal bağımsızlıklarını kazanabilmeleri yolunda ilk adımı attı.

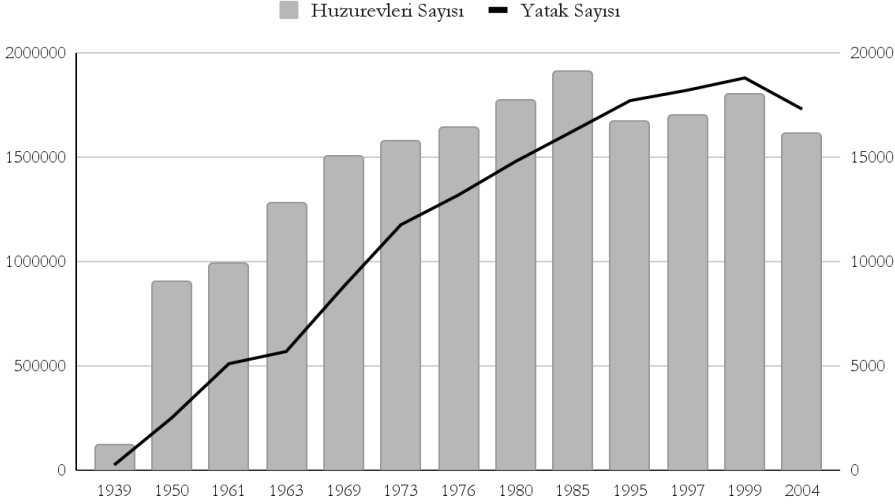
1950'lerin sonlarında huzurevlerinin yaşlı bireylerin konaklamalarının ve aldıkları bakımın ücretini devletten alabilmeleri yönünde yoğun lobi faaliyetleri yapıldı (Vladeck, 1980). Bu lobi faaliyetlerinde önemli rol oynayan bir politik değişiklik de II. Dünya Savaşı sonrasında ABD'de tıp alanında yaşanan büyük gelişmelerdir. 1946 yılında yürürlüğe giren Hill Burton yasası ile Başkan Truman ülkenin sağlık tesislerini iyileştirmek için bir adım atmıştır (Livne, 2019). Hill-Burton yasası, eyaletlere huzurevleri de dahil olmak üzere hastaneler ve çeşitli sağlık merkezleri inşa edilmesi için federal hibe ve krediler sağladı (Kaffenberger, 2001). Bu dönemde toplumun refah seviyesinde yaşanan artışa paralel olarak hastanelerin sayısı ve büyüklüğü arttı, yeni tıp

okulları açıldı, tıpta uzmanlaşma hızlandı ve doktor ücretleri hızla arttı (Livne, 2019). 1954 tarihli Tıbbi Tesisler Etüt ve İnşaat Yasası da dahil olmak üzere yeni mevzuat, en muhtaç yaşlı bireyler için kamu kurumlarının geliştirilmesine izin verdi. Bu gelişmeler neticesinde hem kamu hem de özel bakım evlerinde yaşayan bireylere nakit yardımları için federal destek verildi (Vladeck, 1980) ve böylece, sayıca artış gösteren huzurevi sektörü, 1965 senesinde Medicare ve Medicaid politikalarının başlangıcı ile büyük bir ivme kazandı.

1965: Amerikalı Yaşlılar için Bir Dönüm Noktası

30 Temmuz 1965'e gelindiğinde, ABD sağlık alanında büyük bir dönüm noktasından geçti. Bu tarihte Başkan Johnson tarafından Sosyal Güvenlik Mevzuatı'nda yapılan ek düzenlemeler ile kurulan Medicare ve Medicaid, ABD'nin federal düzeyde ilk ulusal sağlık sigortası programlarıdır (Holstein and Cole, 1996). Her iki program da aynı dönemde başlamasına rağmen farklı içeriklere ve amaçlara sahiptir. Medicare 65 yaş üstü nüfusu; Medicaid ise dar gelirli nüfusu kapsayan sağlık sigortası programlarıdır (Grabowski, 2007).

Medicaid uzun süreli bakımı, hem huzurevleri gibi kurumsal bakım evlerinde hem de ev ve toplum temelli bakım modelleri ile sağlar. İlk kurulduğunda sadece kurumsal uzun süreli bakımı finanse eden Medicaid, 1980'li yılların başından itibaren, eyaletlere ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerini de sunmaları için federal fon kullanma yetkisi vermiştir (Sowers vd., 2016). Kurumsal uzun süreli bakım hizmetleri, Medicaid tarafından eyaletlerin sunmasını zorunlu kıldığı hizmetlerdendir, ancak ev ve toplum temelli bakım hizmetlerinin sunulması eyaletlerin tercihine bırakılmıştır (CDC, 2021). Bunun neticesinde, kurumsal uzun süreli bakım hizmetleri tarihsel olarak ev ve toplum temelli uzun süreli bakıma göre daha hızlı bir artış göstermiştir (Shirk, 2006).



Şekil 1. 1939 ve 2004 Yılları Arasında Huzurevi Sayısındaki Değişim

Kaynak: (Hawes ve Phillips, 1986; Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2005).

Şekil 1, 1939'dan 2004 senesine kadar huzurevlerinin ve bu huzurevlerindeki yatakların sayısını göstermektedir. Bu şekilden de görülebileceği gibi 1980'lerin sonuna kadar huzurevi sayısında sürekli bir artış yaşanmıştır. Özellikle 1965 senesinden sonra Medicaid tarafından kurumsal bakıma ayrılan finansal destek ile özel huzurevlerinin sayısındaki artış ile bu süreci açıklamak mümkündür. Hem huzurevi sayısında hem de huzurevlerindeki yatak sayısındaki bu artışa rağmen, bu kurumların çoğu standartların altında bakım sağlamaktaydı (Hawes ve Phillips, 1986). Özellikle 1960'lar ve 1970'lerde huzurevleri özellikle tıbbi bakım ve kişisel bakım gibi hizmetleri sunan personel sayısındaki eksiklikleri ve yaşlı bireylerin maruz kaldıkları kötü muamele ve ihmal sebebiyle kamuoyunda eleştirilmekteydi (Estes ve Harrington, 1981). Bu kamuoyu algısını düzeltmek için aynı yıllarda hükümet tarafından, kurumsal bakımların sundukları hizmet kalitesini kontrol altında tutmalarını hedefleyen çeşitli düzenlemeler yapıldı. Bunun bir parçası olarak 1971 senesinde Huzurevi İşleri Ofisi (Office of Nursing Home Affairs) huzurevlerinin belirli standartlarda hizmet verip vermediklerini denetlemek için bir altyapı kurdu. 1987 senesinde Başkan Reagan'ın imzaladığı yasa ile ulusal bir huzurevi kalite

ve bakım standardı belirleyen Federal Huzurevi Reformu Yasasını (The Federal Nursing Home Reform Act) -ya da genel bilinen ismi ile OBRA '87- yürürlüğe kondu. Bu yasal düzenlemeler ile Medicare ve Medicaid'den ödeme alan bakım evlerinin sundukları hizmet kalitesinin OBRA '87 tarafından belirlenen standartlarda olup olmadıkları Huzurevi İşleri Ofisi tarafından denetlenerek yaşlı bireylerin uğradığı ihmal ve istismarların önüne geçilmesi hedeflendi.

Ev ve Toplum Temelli Hizmetler: Uzun Süreli Bakımda Paradigma Değişimi

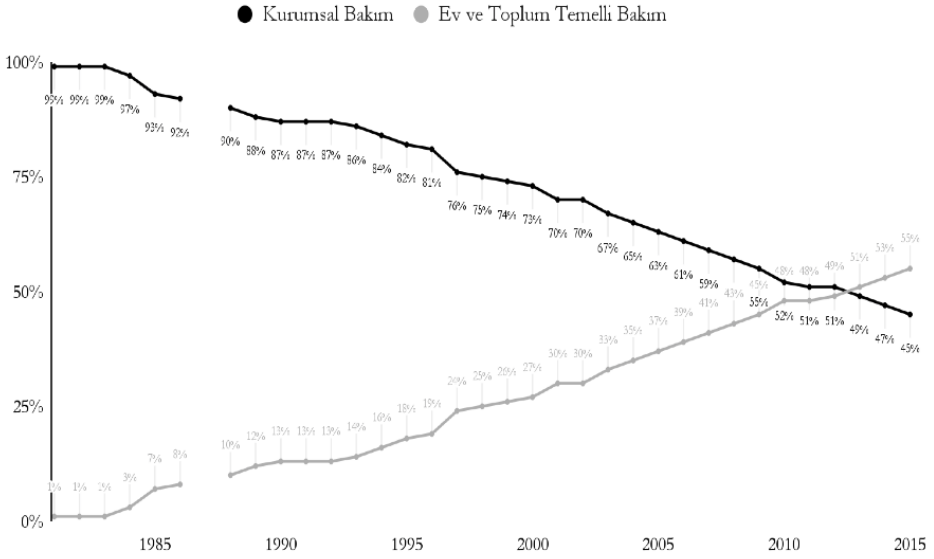
1970'li yılların sonundan itibaren ABD'de uzun süreli bakım alanında bir paradigma değişimi yaşanmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, ABD'de tarihsel olarak, uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunda kurumsal bakım modellerine ağırlık verilmekteydi. Ancak son elli yılda, kurumsal bakıma kıyasla daha az kısıtlayıcı ve daha düşük maliyetli ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmet modellerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına ağırlık verilmeye başlandı (Reaves ve Musumeci, 2015). Bu hizmetlerin düzenlenmesi amacıyla 1974 senesinde Sosyal Güvenlik Yasası'nda yapılan düzenleme ile uzun süreli bakım hizmetlerinin sunulması için eyaletlere federal hibeler verilmeye başlandı. Bu hibeler eyaletlerin evde bakım, ulaşım, gündüzlü yaşlı bakımı ve beslenme yardımı dahil olmak üzere birçok hizmet çeşidinin sunumu için kullanabilecekleri bir bütçeyi oluşturmaktaydı. Bu düzenlemeden bir sene sonra 1975'te Sosyal Güvenlik yasasına eklenen 20. Yasa ile (Title XX) eyaletlere ev ve toplum temelli hizmetleri desteklemek amacıyla sunulan tüm federal mali yardımlar Medicaid altında tek bir bütçe içinde birleştirildi (Keigher, 2006).

Dengeleme Akımının (The Balancing Incentive Program) bir parçası olarak anılan programlar ile bu dönüşüm büyük bir hız kazandı (Wang, 2019). Dengeleme akımının amacı uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan bireyleri kurumsal yaşamdan uzaklaştırmak ve evde ve toplumda sunulabilecek uzun süreli bakım hizmetleri alternatifleri oluşturarak kurumsal bakımı azaltmaktır (Wang, 2019). Bu süreçte geliştirilen politikalar ile huzurevlerine yerleşmeyi önlemek veya en azından geciktirmek amaçlanmaktaydı ve huzurevlerinde yaşayan bireyler için de topluma geçiş programları oluşturularak kurumsal bakımı terk etmelerine yardımcı olmaya çalışılmıştır (Reinhard, 2010).

Dengeleme Akımının altında dört temel sebep yatmaktaydı. İlk ve en önemli sebep, bakıma ihtiyaç duyan her yaştan Amerikalının çoğunlukla kurumsal bakım yerine ev ve toplumda bakımı tercih etmeleridir (Johnson ve Wiener, 2006). Yıllar boyu yapılan çalışmalar bireylerin uzun süreli bakım hizmetlerine duydukları ihtiyaç karşılandığında, kurumsal bakım yerine bağımsız yaşam modellerini tercih ettiklerine işaret etmekteydi (Wiener ve Anderson, 2009). Örneğin Devlet Yaşlanma Planı Raporuna göre, yaşlı bireylerin %90'ı yaşlandıkça evlerinde ve topluluklarında kalma arzusunu ifade etmiştir (Barrett, 2014). Kurumsal bakıma yönelik eleştiriler ve önyargılar Dengeleme Akımının altında yatan bir diğer sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Kurumlarda çalışan personel sayılarının azlığı, yaşlı bireylerin maruz kaldığı istismar ve ihmal, bakım ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, huzurevlerindeki genel kalite sorunları ve personel eğitimlerinin yetersizliği gibi sebeplerle kurumsal bakım kamuoyunda eleştirilmekteydi (Harrington vd., 2017). Bu eleştirilerin oluşturduğu önyargıların yaygınlaşması ile yaşlı bireyler ev ve toplumsal bakım modellerini tercih etmeye yöneldiler.

Dengeleme Akımının arkasında yatan üçüncü sebep ise mali odaklıdır. Ev ve toplum temelli bakım modelleri kurumsal bakıma göre daha az maliyetlidir (Shapiro vd., 2011). Yüksek uzun süreli bakım maliyetlerini azaltmayı hedefleyen yönetim, kurumsal bakıma karşılık ev ve toplum temelli bakım modelleri geliştirmeye yoğunlaşmıştır. Son sebep ise kamuoyunda büyük yankı uyandıran Olmstead davasıdır (Olmstead Case). Olmstead davası, adını Georgia İnsan Kaynakları Departmanı komiseri Tommy Olmstead'dan alır. Bu dava, kronik sağlık sorunları ve zihinsel engel teşhisi olan Lois Curtis ve Elaine Wilson isimli iki kadının evde bakım hizmetlerine ulaşabilmek için kamu adına açtıkları davaya dayanır (Musumeci ve Claypool, 2014). Mahkeme, Engelli Amerikalılar Yasası (Americans with Disabilities Act) uyarınca bireylerin gereksiz yere kurumsal bakıma mahkûm bırakılmalarının bir ayrımcılık türü ve tüm ihtiyaç sahibi bireylerin evlerinde bakıma ulaşmalarının bir hak olduğuna hükmetmiştir (Carlson ve Coffey, 2010). Olmstead davası aslında yaşlı nüfusu hedef alan bir dava olmamasına karşın ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerinin gelişmesi açısından büyük etki yaratmıştır. Bu etkiler iki başlık altında özetlenebilir. Bunlardan ilki uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunda eyaletlerin birincil sorumlu olduğunun bir kez daha kesin bir dille

kararlaştırılmasıdır. İkinci etkisi ise eyaletlerin uzun süreli bakım hizmetlerini sunarken mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamda hizmet vermesini zorunlu kılarak eyaletleri ev ve toplum temelli uzun süreli bakım programlarını genişletmeye teşvik etmesidir.



Şekil 2. 1981-2015 yılları arasında Medicaid'in Uzun Süreli Bakım Harcamaları: Kurumsal Bakım ve Ev ve Toplum Temelli Uzun Süreli Bakım Hizmetleri (Yüzde olarak)

Kaynak: (Eiken vd., 2017).

1970'li yılların sonlarında ivme kazanan ev ve toplum temelli uzun süreli bakım modelleri, neoliberalleşmenin de etkisi ile hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. Şekil 2, 1981-2015 yılları arasında Medicaid'in kurumsal ve ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerine yaptığı harcamaları göstermektedir (Eiken vd., 2017). Bu şekilde görülebileceği gibi, kurumsal bakım hizmetlerine yapılan harcamalarda sürekli bir düşüş yaşanırken, ev ve toplum temelli bakım hizmetlerindeyse sürekli bir artış görülmüştür. 2011 senesinden itibaren, Medicaid'in uzun süreli bakım hizmetlerine yaptığı harcamaların çoğunluğu artık ev ve toplum temelli hizmetlere ayrılmıştır.

ABD'DE UZUN SÜRELİ BAKIMIN MEVCUT DURUMU

Günümüzde ABD, gelişmiş ekonomiye sahip diğer birçok ülkeden farklı bir sistem ile uzun süreli bakım hizmetleri sunmaktadır. ABD'nin bu kendine has uzun süreli bakım sistemini detaylı anlamak için, yaşlı nüfus, uzun süreli bakım modelleri, uzun süreli bakımın finansmanı ve uzun süreli bakımın hizmet sunumu alt başlıkları incelenecektir.

ABD'de Yaşlı Nüfus

Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler, ölümcül olduğu düşünülen bazı hastalıkların tedavi yöntemlerinin bulunması, sağlık hizmetlerine erişimin artması ve sağlıklı yaşam konusunda toplumda oluşan farkındalığın sonucu olarak tüm dünyada ortalama yaşam süresi uzamış, yaşlı nüfus artmıştır (Kesser, 2020). Günümüzde dünya nüfusunun %10'u 65 ve üstü yaşlı grubundadır ve bu oran sürekli olarak bir artış göstermektedir (The World Bank, 2022). Yükselen yaşlı nüfus oranının görüldüğü bir ülke olan ABD'de de insanlar daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve dolayısıyla yaşlı nüfus sayısal ve oransal olarak artmaktadır (Robine, 2021). Açıklanan son resmi istatistiklere göre ABD'de 55,8 milyon yaşlı birey bulunmaktadır ve bu ülke nüfusunun %16,8'sine tekabül etmektedir (Caplan, 2023). Bu oran dünya genelinin ortalamasının üstündedir.

ABD'de yaşanan nüfus beraberinde büyük bir hastalık yüküyle gelmektedir ve yaklaşık %63,7'si iki veya daha fazla kronik hastalıkla yaşamlarını sürdürmektedir (Boersma vd., 2020). Ülkenin resmi sağlık kurulunun son açıkladığı istatistiklere göre (National Center for Health Statistics, 2023), 65 yaş ve üstü bireylerin %15,3'ü kalp hastalığı, %48,1'i kolesterol hastası, %58,5'i tansiyon hastası ve %25,8'i kanser hastalığıyla yaşamlarını sürdürmektedir. Bu hastalıkların yanı sıra, %18,9'u fiziksel bir engelle sahip olup, %31'i duymada zorluk, %22,3'ü görmede zorluk, %40,8 yürümekte veya merdiven çıkmakta zorluk, %9,4'ü öz bakımlarını yerine getirmede zorluk yaşamaktadırlar. Yaşlı nüfusun %29,7'si ise hatırlamakta ve konsantrasyon olmakta güçlük yaşadıklarını söylemişlerdir. Tüm bu artan sağlık ve fiziksel ihtiyaçların neticesinde son yapılan projeksiyonlarda Amerikan yaşlı bireylerinin yarısından fazlasının 65 yaşını doldurduktan sonra uzun süreli bakım ihtiyaçları yaşayacakları ve bu hizmetleri aileleri veya uzun süreli bakım modelleri tarafından karşılamaya çalışacakları öngörülmektedir (Johnson vd., 2021).

Mevcut Uzun Süreli Bakım Modelleri

ABD’de bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylere bu bakım çoğunlukla aile ve arkadaşları tarafından sağlanmaktadır (Rosland vd., 2013). Günümüzde uzun süreli bakıma muhtaç yaşlı yetişkinlerin yarısından fazlası yalnızca aile üyesi ve akrabalar gibi ücretsiz bakıcılardan destek almaktadırlar (Van Houtven vd. 2020). Aile üyelerinin bakımının mevcut ya da yeterli olmadığı veya tercih edilmediği durumlarda, yaşlı bireyler bu hizmetlere profesyonel uzun süreli bakım modelleri ile erişebilmektedirler. ABD’de uzun süreli bakım hizmetlerinin profesyonel sunumunda iki temel model vardır: kurumsal bakım ve ev ve toplum temelli hizmetler.

Kurumsal Bakım

Birinci bakım modeli, yatılı bakım evleri, destekli yaşam kuruluşları ve huzurevleri gibi kurumsal ortamlarda sunulan kurumsal bakımdır (National Institute on Aging [NIA], 2017).

Yatılı bakım evleri: Grup bakım evleri olarak da adlandırılan yatılı bakım evleri, genellikle yirmi veya daha az sakini olan küçük özel tesislerdir (Eckert ve Lyon, 1991). Günün her saatinde personel bulunan bu kurumlarda odalar bireysel veya paylaşımlı olabilir (NIA, 2017). Bu evlerde yaşayan yaşlı bireylerin kişisel bakım, yemek ve temizlik gibi ihtiyaçları karşılanır ancak hemşirelik ve tıbbi bakım hizmetleri sunulmaz.

Destekli yaşam kuruluşları: İkinci kurumsal bakım modeli olan destekli yaşam kuruluşları, günlük bakım konusunda yardıma ihtiyacı olan kişiler içindir (Trinkoff vd., 2020). Destekli yaşam kuruluşlarının büyüklüğü 25 ile 120 kişi arasında değişebilir (NIA, 2017). Bu kurumlarda yaşlı bireyler genellikle kendi dairelerinde veya odalarında yaşarlar ve ortak alanları paylaşırlar. Günde üç öğün yemek, kişisel bakım konusunda yardım, ilaçlar, ev temizliği ve çamaşır yıkama konusunda yardım, 24 saat gözetim ve sosyal faaliyetler dahil olmak üzere birçok hizmet sunulur ve sakinler daha yüksek bakım seviyeleri için daha fazla ödeme yapar (Trinkoff vd., 2020).

Huzurevleri: Huzurevleri tıbbi bakım hizmetleri dahil olmak üzere çok çeşitli bakım hizmetleri sunar (NIA, 2017). Tıbbi bakım hizmetleri kısa süreli veya akut hemşirelik bakımı, ilaç takibi, fizik ve konuşma terapisi gibi

rehabilitasyon hizmetlerini içerirken, özel eğitimli personeller tarafından 24 saat gözetim, günde üç öğün yemek, banyo, yemek yeme, çamaşır yıkama ve temizlik gibi günlük aktivitelerde yardım gibi tıbbi olmayan hizmetler de sunulabilir (Trinkoff vd., 2020).

Sürekli bakım emeklilik toplulukları: Kurumsal bakım başlığı altında incelenebilecek son bakım modeli ise sürekli bakım emeklilik topluluklarıdır. Bu bakım modelinde amaç tek bir yerde farklı hizmet seviyeleri sunmaktır (NIA, 2017). Aynı alanda yer alan birbirinden bağımsız evler şeklinde düzenlenmiş sürekli bakım emeklilik topluluklarında, bireyin ihtiyaç seviyesine göre çeşitli bakım hizmetleri sunulabilir. Bireyler bağımsız yaşayabiliyorlarsa daha az destek sunulan evlerde yaşarken, bakım ihtiyaçları arttıkça yüksek bakım sunulan evlere taşınırlar (Green ve Ayalon, 2019).

Ev ve Toplum Temelli Bakım

Uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunda görülen ikinci bakım modeli ev ve toplum temelli uzun süreli bakım modelidir. Bu modelde ihtiyaç sahibi bireylere bakım destek hizmetlerinin yaşadıkları evlerde ya da toplumdaki bakım organizasyonlarında verilir (Ercin, 2021). Bu modelde, uzun süreli bakım hizmetlerine erişmek için kurumsal ortamlara taşınmak yerine evlerinde kalmayı tercih eden yaşlı bireylere ihtiyaç duydukları bakım profesyonel bakım personeli aracılığı ile sunulmaktadır. Evde sunulan hizmetlerin ortak hedefi, bakıma muhtaç yaşlı bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayarak, bağımsız bir şekilde ve güvenle evlerinde yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır (Friedman vd., 2019). Bu hizmetler üç başlık altında özetlenebilir: (1) yaşlı bireylere sunulan hizmetler, (2) bakım sağlayan bireylere sunulan hizmetler ve (3) ev ve yaşanan çevreye yönelik hizmetler (Ercin, 2021).

Yaşlı bireylere sunulan hizmetler: Yaşlı bireylere evlerinde sunulan hizmetler hemşire/doktor ziyareti gibi sağlık hizmetleri olabildiği gibi, günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşamın araçsal aktiviteleri ve mobilite ihtiyaçlarına yönelik direkt sağlıkla alakalı olmayan ama iyilik halinin devamı için gerekli olan uzun süreli bakım ihtiyaçlarına yönelik hizmetler de olabilir (Ercin, 2021). Aynı zamanda yaşlı bireyin kaldığı alanda devamlılığını sağlamaya yönelik eve market alışverişi, yemek hazırlama ve ulaşım gibi hizmetleri de içerebilir. Bunların yanı sıra yaşlı bireyin doktor ve hastane ziyaretlerinin koordinasyonu

ve ilaçlarının takibini de içeren bakım koordinasyon hizmetlerini de içerir. Sosyal hizmet uzmanının ihtiyaç analizi ile belirlediği bu hizmetler, günlük ve haftalık ziyaretlerle karşılanır. Bu hizmetler yaşlı bireyin evinde sunulur ve düzenli olarak ihtiyaçlarını giderdiği için bireyin evinde aile üyelerinin uzun süreli bakımına ihtiyaç duymadan kalabilmelerini sağlamayı hedefler (Friedman vd., 2019).

Bakım sağlayan bireylere sunulan hizmetler: Ev ve toplum temelli bakım hizmetleri arasında bakım sağlayan bireylere sunulan hizmetler de bulunmaktadır. Bu hizmetler bakım sağlayan aile bireylerine sunulabildiği gibi, yaşlı bireyin bakımıyla ilgilenen arkadaş veya komşulara da sunulabilir. Bu hizmetler respit, refakat ve gözlem ve eğitim başlığı altında toplanabilir (Ercin, 2021). Respit ismiyle anılan hizmet türü, yaşlı bireyin aile üyesi olsun ya da olmasın bakımını sağlayan bireye 24 saatten uzun süre mola sağlayan bir programdır. Bu hizmet iki şekilde sunulabilir. İlk seçenekte, evde aile üyesinin ya da bakıcının yokluğunda yaşlı bireyin güvenliğinin ve konforunun sağlanması ve ihtiyaçlarının giderilmesi için uygun bakım ve gözetim sunulmasıdır. İkinci seçenekte ise; yaşlı birey respit süresi boyunca uygun bir kuruma alınarak kısa süreli kurumsal bakım hizmetlerinden faydalanır. Bu sayede bakımdan sorumlu olan aile üyeleri veya bakıcılar kısa süreli olarak diğer işlerini tamamlayabilir veya bu süreyi dinlenmek için kullanabilirler (Institute for Families in Society, 2019). Bu bakım süreci 24 saatten kısa süreli sunulduğunda refakat ve gözlem adı altında anılmaktadır. Aile üyelerine sunulan diğer hizmet çeşidi yaşlı bireyin bakımı konusunda düzenlenen eğitimlerdir. Aile veya bakıcı eğitimi, yaşlı bireylerin ailelerine veya bakıcılarına bakım hizmetleri hakkında detaylı bilimsel eğitim ve danışmanlık hizmeti veren bir hizmettir. Yaşlı bireye sunulan hizmeti ve bakım sağlayanların zaman ve stres yönetimini iyileştirmeyi hedefler (Friedman vd., 2019).

Ev ve yaşanan çevreye yönelik hizmetler: Ev ve yaşanan çevreye yönelik hizmetler çevresel erişilebilirlik değişiklikleri ve kişisel acil müdahale hizmetleri olarak iki başlık altında incelenebilir. Çevresel Erişilebilirlik Değişiklikleri, evi yaşanması güvenilir hale getiren hizmetlerdir ve yaşlı bireylerin yaşamlarını evlerinde güvenle ve bağımsız bir şekilde sürdürebilmesi için çeşitli değişiklikler yapmayı içerir (Friedman vd., 2019). Her yaşlı birey için kendi

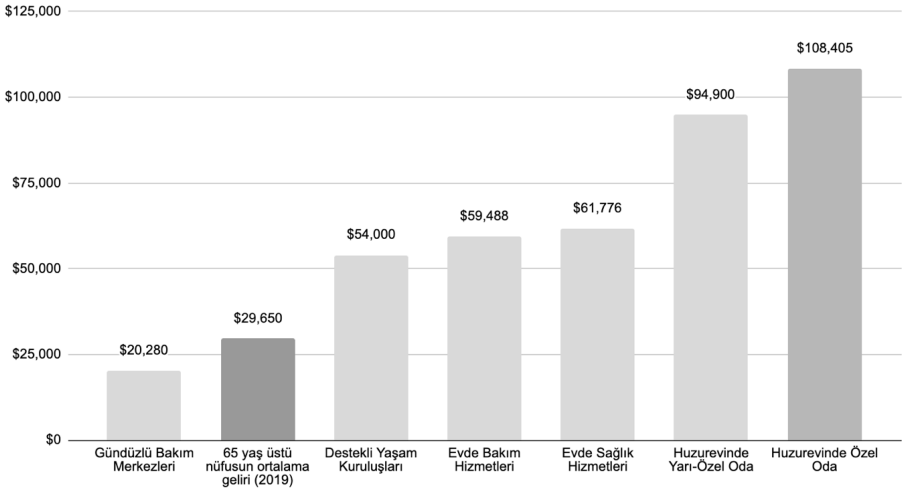
ihtiyaçlarına göre özel olarak tasarlanır. Bunlardan bazıları tekerlekli sandalye rampaları, merdiven asansörleri, genişletilmiş kapı girişleri, kol tutacakları ve hareket sensörlü ışıklardır. Kişisel Acil Müdahale Hizmetleri ise elektronik izleme teknolojileridir ve yaşlı bireylerin hareketlerini, etkinliğini ve bazı yaşamsal belirtilerini düzenli olarak izler ve bu verileri gerçek zamanlı olarak bakıcılara, aile üyelerine ve acil müdahale ekiplerine bildirir. Bu hizmetin sunulması gelişmiş ev içi sensörler ve giyilebilir yardım çağrı düğmeleri gibi elektronik cihazlar aracılığı ile olmaktadır. Acil bir durum oluştuğunda (düşme, ani hastalık, haneye tecavüz vb.) kişi bu cihazlar üzerindeki düğmeye basarak ilgili kurumla görüşme başlatabilir ya da gerçek zamanlı verilerin takibi sayesinde ilgili kurum veya kişiler bir sorun olduğunu anlayarak zamanında müdahalede bulunabilir (Friedman ve Rizzolo, 2017).

Ev ve toplum temelli uzun süreli bakım modeli, evde sunulan hizmetlerin yanı sıra gündüzlü bakım merkezleri gibi toplum temelli bakım modellerini de içerir. Gündüzlü bakım merkezleri yaşlı bireylere günün belirli zaman dilimlerinde gözetim ve bakım faaliyetleri sunar ancak yatılı bakım sağlamaz (Hartle ve Jensen, 2011). Gündüzlü bakım merkezlerinde sunulan hizmetler arasında sosyal aktiviteler, gözetim, yemek ve kişisel bakım hizmetleri bulunmaktadır. Bu merkezlerin büyük bir çoğunluğunda tam zamanlı hemşireler istihdam edilmektedir ve bu hemşireler sağlık eğitimi, tansiyon veya kan şekeri takibi ve ilaç tedavisi yönetimi gibi hizmetler sunmaktadır (Denham, 2018). Bu bakım modeli, yaşlı bireylerin gün içinde bu merkezlerde bakım almalarına, böylece evde bakım sunan aile bireylerinin mola vermelerine ve işgücüne katılımlarına destek vermek amacı ile düzenlenmiştir (Denham, 2018). Böylece bakıma muhtaç yaşlı bireyler evlerinde kalmaya devam ederler ve kurumsal bakıma ihtiyaç duymazlar.

Uzun Süreli Bakımın Finansmanı

ABD'de uzun süreli bakımın çok pahalı olduğu bilinmektedir. Şekil 3, ABD'de 2021 senesine ait uzun süreli bakım hizmetlerinin ücretlendirmelerini göstermektedir. Huzurevinde tek kişilik odanın fiyatı yıllık ortalama \$108.405, destekli yaşam kuruluşlarının ücreti yıllık ortalama \$54.000, evde bakım fiyatlarıysa yıllık ortalama \$61.776'dır (Genworth, 2023). Bu ücretler 65 yaş üstü nüfusunun ortalama yıllık gelirlerinin çok üstündedir (Shrider vd., 2021).

Yani yaşlı nüfusun yarısından fazlasının uzun süreli bakımı karşılayabilecek gelirleri bulunmamaktadır. Bu durumda uzun süreli bakım ihtiyacı olan yaşlı bireyler için özel ya da kamu desteği şarttır. Bu bölümde, ABD’de uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanında rol oynayan Medicare, Medicaid ve özel sigortalar gibi mevcut kaynaklar incelenecektir.



Şekil 3. ABD’de 2021 Senesi Uzun Süreli Bakım Hizmetleri Yıllık Ücretleri Ve Yıllık Ortalama Gelir

Kaynak: Shrider vd., 2021; Genworth, 2023.

Medicare

65 yaş üstü bireylerin otomatik olarak kapsamına geçtiği Medicare, doktor ziyaretleri, reçeteli ilaçlar, ameliyatlar gibi akut sağlık hizmetlerini sunar ancak uzun süreli bakım hizmetlerini birkaç istisna dışında sağlamaz (Ng vd., 2010). Medicare uzun süreli bakım hizmetlerini ancak uzun dönemli hastane yatışından taburcu olan yaşlı bireylere, iyileşme süreçlerini hızlandırmak amacı ile “akut sonrası” bakım olarak kısıtlı bir süre için sunmaktadır (Chidambaram ve Burns, 2022). Medicare bu sebeple uzun süreli olarak bakıma ihtiyaç duyan kişiler için finansman kaynağı olarak kabul edilmemektedir

Medicaid

Medicaid her yaşta düşük gelirli insanlar için federal yönetim ve eyaletler tarafından ortak finanse edilen bir sağlık sigortasıdır. Her eyalet kendi Medicaid programını kurar, yönetir ve hizmetlerin türünü, miktarını, süresini ve kapsamını belirler. Federal yasa, eyaletlerin bazı zorunlu hizmetleri sunmasını şart koşar ancak birçok hizmet çeşidini sunup sunmama kararını eyaletlere bırakmıştır. Eyaletlerin uzun süreli kurumsal bakım hizmetlerini sunmaları zorunludur ancak ev ve toplum temelli uzun süreli bakım hizmetlerini sunmak konusunda özgür bırakılmışlardır (CMS, 2021). ABD'de uzun süreli bakım hizmetlerine yapılan toplam harcamaların yarısından çoğunu karşılayan Medicaid (Chidambaram ve Burns, 2022), uzun süreli bakım hizmetlerinin temel finansmanı olarak büyük bir boşluğu doldurmakta (Upadhyay ve Wiener, 2019) ve uzun süreli bakım hizmetlerine ihtiyacı olan yaşlı bireyler tarafından çok yaygın olarak kullanılmaktadır (Wiener vd., 2013).

Bireyler Medicaid sigortalısı olabilmek için, gelirlerinin eyaletlerce belirlenmiş gelir seviyesinin altında olduğunu kanıtlamakla mükelleftir. Medicaid, eyaletler tarafından düzenlenen bir sigorta programı olduğu için bu gelir seviyeleri de eyaletler arasında değişiklik göstermektedir. Medicaid aracılığı ile uzun süreli bakım hizmetlerine erişmek isteyen yaşlı bireylerin de bu gelir seviyesinin altında olmaları gerekmektedir. Gelirleri Medicaid'e hak kazanmak için belirlenen seviyenin üstünde olan ama uzun süreli bakım hizmetlerini karşılayabilecek gelirleri olmayan yaşlı bireyler Medicaid'e hak kazanmak için bu seviyenin üstünde olan gelirlerini harcayarak gerekli gelir seviyesinin altına inebilirler (Borella vd., 2018). ABD'de *spend down* olarak bilinen bu yöntem ile yaşlı bireyler aylık sağlık harcamalarının aylık gelirlerinden fazla olduğunu kanıtlayarak Medicaid'e hak kazanabilirler.

Medicaid programlarından faydalanabilmek için gelir kriterlerinin yanı sıra engellilik kriterleri de bulunmaktadır. Ancak, bu kriter için de federal bir tanım yoktur. Her eyalet bunu kendisi tanımlar ve engellilik kriterini gereksinim duyulan bakım düzeyleri üzerinden belirler (Ercin, 2021). Bu kriterleri tanımlarken genellikle günlük aktiviteleri bağımsız olarak tamamlayabilme ve tıbbi ihtiyaçları karşılayabilme gibi faktörlerin bir kombinasyonu dikkate alınır (American Council on Ageing, 2022). Gelir ve engellilik kriterlerine uyan yaşlı bireylerin uzun süreli bakım masraflarının neredeyse tamamını Medicaid ödemektedir (Thach ve Wiener, 2018).

Özel Uzun Süreli Bakım Sigortası

Uzun süreli bakım hizmetlerine erişmenin çok yaygın olmayan bir diğer yolu da özel sigortalarıdır. 2020 senesinde uzun süreli bakıma harcanan toplam ücretin yalnız %8'i özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmıştır (Chidambaram ve Burns, 2022), Bireylerin uzun süreli bakıma yönelik özel sağlık sigortası alma oranları oldukça düşüktür. 62 yaş üstü nüfusun yalnız %10'u özel uzun süreli bakım sigortası almıştır ve uzun süreli bakıma yönelik özel sigortaların kullanılmasının gelir grubundan bağımsız olarak toplumda çok yaygınlaşmadığı görülmektedir (Braun vd., 2019). Bunun temel sebebi gelecekte gerçekleşecek ve bazı insanlar için hiç gerçekleşmeyebilecek uzun süreli bakım ihtiyaçlarıyla ilgili duyulan belirsizlik hissidir (Barr, 2010). Birçok kişi için gelecekte uzun süreli bakıma ihtiyaç duyup duymayacakları, ne kadar süre ile bu hizmetleri kullanacakları ve bu hizmetlerin maliyetleri hakkında büyük bir belirsizlik vardır. Bu sebeple uzun süreli bakıma yönelik özel sağlık sigortası yaptırmak çok yaygın bir pratik değildir (Costa-Font vd., 2015).

Mevcut Hizmet Sunumu

ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri yaygın bir hizmet ağı tarafından sunulmaktadır. Bu hizmet ağını yakından tanımak için 2019 senesinde Amerika Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi tarafından ülke sınırlarındaki uzun süreli bakım sağlayıcıları ve hizmet kullanıcıları raporu yayınlanmıştır (Harris-Kojetin vd., 2019). Bu rapora göre, uzun süreli bakım sunan servis ağının içerisinde 4.600 gündüzlü bakım evi, 12.000 evde sağlık hizmeti kuruluşu, 15.600 huzurevi ve 28.900 destekli yaşam kuruluşu bulunmaktadır. Bu hizmet sağlayıcılarının büyük bir çoğunluğu özel kuruluşlardan oluşmaktadır. Gündüzlü bakım evlerinin %44,7'si, evde sağlık hizmeti sunan kuruluşların %80,6'sı, huzurevlerinin %69,3'ü ve destekli yaşam kuruluşlarının %81,0'i kâr amacı güden özel sektör kurumlarıyken, gündüzlü bakım evlerinin %50,8'i, evde sağlık hizmeti sunan kuruluşların %14,8'i, huzurevlerinin %23,5'i ve destekli yaşam kuruluşlarının %17,7'si kâr amacı gütmeyen sektöre aittir. Öte yandan gündüzlü bakım evlerinin %4,6'sı, evde sağlık hizmeti sunan kuruluşların %4,6'sı, huzurevlerinin %7,2'si ve destekli yaşam kuruluşlarının %1,3'ü kamu kuruluşlarıdır. Bu dağılım hizmet kalitesini de şekillendirmektedir çünkü özel olmayan bakım kurumları, özel olan kurumlardan daha yüksek bakım kalitesine sahip olma eğilimindedir (Comondore vd., 2009).

Uzun süreli bakım hizmeti özel kuruluşlar kamu kaynaklarından ödeme alabilmektedir. 1950'li yıllardan itibaren huzurevleri Medicaid ve Medicare gibi kamusal kaynaklarından ödeme almaya başlamıştır (Mauldin et al., 2021). Bu iki kamusal kaynak farklı ödeme planları takip etmektedir. Medicare, ileriye dönük bir ödeme sistemi kapsamında kurumların kentte veya kırdaki olmasına ve bölgesel ücret farklılıklarına göre belirlenmiş günlük harcırah miktarını kalan süre için kurumlara öderken, Medicaid'in ödeyeceği ücret eyaletler tarafından belirlenir (Voorhies ve Kirsten, 2020). Özel kuruluşların kamusal finansmana ulaşabilmesi için bazı kriterleri karşılaması gerekmektedir. Bunlardan ilki federal yasalarca belirlenmiş kalite standartlarını karşılamalarıdır (Voorhies ve Kirsten, 2020). İkinci kriterse her eyaletin kendi belirlediği personel, bakım kalitesi veya fiziksel ortam için asgari gereklilikleri karşılamalarıdır (Voorhies ve Kirsten, 2020). Bu iki kalite kontrol mekanizması uzun süreli bakım kuruluşlarının yüksek kalitede hizmet vermesini sağlamakta yetersiz kalmaktadır. Birçok huzurevi, federal kalite standartlarını karşılayamamaktadır. Örneğin 2015 senesinde huzurevlerinin %93'ü enfeksiyon kontrolü, ortam güvenliği, gıda temizliği, bakım kalitesi ve ilaç danışmanlığı gibi konularda bu standartların altında kalmışlardır (Harrington vd., 2017).

Uzun süreli bakım sunan kuruluşların büyüklükleri değişkenlik göstermektedir. ABD'de gündüzlü bakım evleri ortalama 66 kişiye hizmet verirken, huzurevlerinin ortalama kapasitesi 106'dır ve destekli yaşam kuruluşlarının ortalama kapasitesi 35'tir (CITE). Uzun süreli bakım sunan hizmet ağı büyük çoğunlukla zincir işletmelerden oluşmaktadır. Huzurevlerinin %57,6'sı, yatılı bakım evlerinin %57,2'si ve gündüzlü bakım evlerinin %42,6'sı zincir işletmelere bağlı olarak hizmet sunmaktadır (Harris-Kojetin vd., 2019). Uzun süreli bakım hizmeti sunan zincir işletmeler, kişilere ait kurumlara oranla daha düşük kalitede hizmet vermektedir (Harrington vd., 2012).

ABD'de, uzun süreli bakım endüstrisi ekonominin en hızlı büyüyen sektörleri arasında yer almaktadır. Ancak çalışma koşulları incelendiğinde aynı zamanda çalışanların oldukça düşük ücretlerde çalıştığı görülmektedir. 2020'de ev ve kişisel bakım sektörü çalışanları, ülkede en hızlı büyüyen 30 meslek listesinde 22. sırada yer almasına rağmen ücret dağılımında en düşük ücret alan %5'lik dilimdedir (Hickey vd., 2020). Ev ve kişisel bakım sektörü çalışanları

ortalama saatlik 13 dolar ücret ve ortalama yıllık 28.060 dolar gelire erişirler (Hickey vd., 2020). Benzer şekilde kurumsal uzun süreli bakım endüstrisindeki işçilere ortalama saatlik 15 dolar ödenirken, ABD'deki ortalama gelir saatlik 20 dolardır (Hickey vd., 2020). Yani uzun süreli bakım sektörü çalışanları çok düşük ücretlere çalışmaktadır.

Uzun Süreli Bakımda Eşitsizlikler

ABD'deki uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumundaki yapısal sorunlar yaşlı bireylerin uzun süreli bakım hizmetlerine erişimlerinde gelirlerine ve ırklarına bağlı olarak yüksek seviyede eşitsizlik ve ayrımcılıkla karşılaşmalarına sebep olmaktadır. ABD'de uzun süreli bakım hizmetleri evrensel bir anlayışla sunulmadığından herkesin kullanımına açık değildir ve bu alandaki kamusal destek sadece gelir seviyesi ve ihtiyaç temelinde toplumun belirli kesimleri için ulaşılabilir. Aynı zamanda hizmet sunumu çoğunlukla özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır ve kurumlar arası hizmet kalitesi ve personel sayısında büyük farklılıklar görülmektedir. Bu sebeple yaşlı bireylerin eriştikleri bakım hizmetleri arasında hem gelir hem de ırksal eşitsizlikler bir uçurum yaratmaktadır.

Medicaid uzun süreli bakım hizmetlerinden faydalanan nüfusun üçte birinin aldığı hizmetlerin en azından bir kısmını ödemektedir (Kaye vd., 2010). Yani uzun süreli bakım hizmetleri alan nüfusun çoğunluğu bu hizmetleri alırken kamusal bir destek görmemektedir. Bu hizmetlerin önemli maliyetleri nedeniyle, ilgili kamu programlarının kapsamına girmeyen ihtiyaç sahibi kişilerin uzun süreli bakım hizmetlerine erişim kabiliyetini anlamak, adil erişimi teşvik etmede politikaların başarısını değerlendirmek için esastır. Bu alanda yapılmış güncel bir çalışma, gelir farklılıklarının uzun süreli bakım hizmetlerine erişimi nasıl şekillendirdiğini göstermiştir. Söz konusu çalışmada hane halkı geliri yılda 75.000 doların üzerinde olan yaşlı bireylerin, yılda 15.000 doların altında kazananlara göre çok daha fazla uzun süreli bakım hizmeti alabildiklerini göstermiştir (Janus ve Ermisch, 2015). Bu eşitsizlik, daha yüksek gelirli bireylerin bu hizmetleri kişisel olarak finanse etmesiyle açıklanmaktadır.

Uzun süreli bakım hizmetlerinde sıklıkla deneyimlenen bir diğer eşitsizlik de ırk ayrımcılığı temelindedir. Gerek kurumsal bakım modelleri arasında tercih yaparken (Konetzka ve Werner, 2009), gerekse evde bakım modellerine

erişimde ırka dayalı eşitsizlikler görülmektedir (Gorges vd., 2019). Hizmet alınan uzun süreli bakım sunan kuruluşların personel sayısı ve bakım kalitesinde hizmet alan sakinlerin ırksal dağılımına göre büyük eşitsizlikler ölçülmüştür. Irksal azınlıktan grupların daha kaliteli hizmet sunan ve daha fazla sayıda personel çalıştıran huzurevlerinde ve destekli yaşam merkezlerinde kalma oranı beyaz Amerikalılara göre daha düşüktür (Mauldin vd., 2021).

ABD'de Uzun Süreli Bakım Hizmetlerinin Geleceği

ABD'de uzun süreli bakım modellerinin son yıllarda yaşadığı büyük dönüşümün ilerleyen yıllarda da devam etmesi beklenmektedir. Bu dönüşüm dört başlık altında ele alınabilir: COVID-19 pandemisinde ve sonrasında değişen bakım sürecine uyum sağlamak, demografik değişikliklere bağlı olarak artan ihtiyaca cevap verebilmek, gelişen teknolojiyi içeren bir bakım sunabilmek ve sosyal adaleti sağlamayı hedefleyen yapısal değişiklikler yapmak.

COVID-19 tüm dünyada kalıcı etkilere yol açtı. Özellikle yaşlı bireylere uzun süreli bakım hizmeti sunan kurumlarda COVID-19'un etkisi daha fazla görülmüştür. Örneğin, ABD'de kurumsal bakım evlerinde yaşayan yaşlı bireyler COVID-19 nedeniyle belgelenen toplam ölümlerin yaklaşık %25'ini oluşturmuştur (Chidambaram, 2020). COVID-19 geçiren ve atlatan kurumsal bakım evleri sakinleri, artan bakım ihtiyaçları neticesinde bu kurumsal bakım evlerine daha fazla kaynak ve destek sağlanması gerektiğine dikkat çekmiştir. Sonuçta 2020 senesinden itibaren ülke çapında kurumsal bakım evlerine teşvik fonları aktarılmaya başlanmıştır (Grabowski ve Mor, 2020). Ancak ev ve toplum temelli bakım modellerine yönelik bir değişiklik henüz uygulanmamıştır. Bu bağlamda, COVID-19 sebebi ile evlerde uzun süreli bakım hizmetlerine erişim konusunda somut adımlar atılması gerektiği dikkat çekmektedir.

Artan yaşlı nüfus ve uzayan yaşam süresinin de etkisi ile uzun süreli bakıma olan ihtiyacın da artması beklenmektedir ancak bu bakımın aile üyeleri ve yakınlar tarafından sunulması uzun vadede sürdürülebilir değildir (Qualls, 2016). Uzun süreli bakım çok fazla zaman ve emek gerektirmektedir ve bu zamanı ve emeği sunabilmek için aile üyeleri çoğu zaman sevdiklerine bakmakla geçimini sağlamak arasında seçim yapmak zorunda kalarak büyük fedakarlıklar yapmaktadırlar. Aynı zamanda uzayan yaşam süreleri ve karmaşıklaşan tıbbi ihtiyaçlar ile bakım da zorlaşmakta, evde bakım sağlamak aile üyeleri için

daha da zor olmaktadır. Aynı zamanda yaşanan sosyo-demografik dönüşümler neticesinde (azalan çocuk sayısı, kentleşme, göç, kadınların artan istihdam oranları gibi) bu bakımı sunabilecek aile üyelerinin varlığı da azalmaktadır. Bu sebeplerle hem kurumsal hem de ev ve toplum temelli uzun süreli bakım modellerinin yaygınlaşması ve daha erişilebilir olması gerekmektedir. Aynı zamanda uzun süreli bakım hizmetlerinin yüksek ücretlerinden ötürü sürdürülebilir bir şekilde bu hizmetlerin sunulması için yeni finans yöntemleri de geliştirilmelidir (Eling ve Ghavibazoo, 2019). Hem özel sigortaların yaygınlığı ve kullanılmasının artırılması, hem de mevcut sigorta sistemlerinde yapılacak yeni risk dağılım düzenlemeleri ile uzun süreli bakım modellerine erişimin sürdürülebilir bir şekilde artması hedeflenebilir.

Kurumsal bakım ve ev ve toplum temelli bakım hizmetleri arasındaki farklardan birisi de eyaletlerin kurumsal bakımı Medicaid aracılığı ile sunmalarının zorunlu olmalarıyken ev ve toplum temelli bakım sunumunu eyaletlerin tercihine bırakmış olmasıdır (Ercin, 2021). Federal düzenlemelerdeki bu eksiklik sebebiyle eyaletler ev ve toplum temelli bakım sunumunda büyük farklılıklar göstermekte, yaşlı bireylerin evde bakım hizmetlerine erişiminde büyük eşitsizlikler deneyimlenmektedir. Bu sebeple yeni düzenlemeler ile eyaletlerin ev ve toplum temelli hizmetleri de sağlamasının zorunlu kılınması gerekmektedir.

Son yıllarda gelişen teknolojinin de etkisi ile uzun süreli bakım modelleri çeşitlenip şekillenmiştir. Ev ve toplum temelli bakım modellerinde hareket ve basınç sensörleri, vücuda takılan sensörler, video izleme ve ses tanıma gibi yeni teknoloji modellerinin aktif kullanımının artması ile bireyin bağımsızlığını sürdürürken güvenliğini de sağlamak mümkün olmaktadır (Peetom vd., 2015). Kurumsal uzun süreli bakım modellerinde ise elektronik sağlık kayıt sistemleri sayesinde yaşlı bireylerin birçok ihtiyaç ve bakım beklentileri takip edilip erken teşhis modelleri geliştirilebilmektedir (Alexander vd., 2007). Ülke çapında bu yeni teknolojilerin aktif kullanılmasını destekleyecek politika ve finansmanın sağlanması ve eyaletlerin bu bakım modellerini bir an önce hizmet alanlarına eklemeleri önerilmektedir.

Son olarak, Amerikan uzun süreli bakım sisteminin piyasa merkezli gelir-testi modeline sahip olmasının uzun süreli bakıma erişimde ve erişilen

hizmetin kalitesinde büyük eşitlikler yarattığı görülmektedir. Buna yol açan uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumundaki yapısal sorunlar literatürde uzun zamandır tartışılmaktadır. Küresel olarak bakıldığında ABD gibi yüksek gelire sahip ülkelerin uzun süreli bakım sunumunda sosyal adaleti sağlamaya yönelik yapısal düzenlemeler yaptıkları bilinmektedir. Örneğin Almanya, Japonya, Lüksemburg ve Güney Kore gibi ülkeler sosyal uzun süreli bakım sigortası uygulaması sunarken, Danimarka, Finlandiya ve Norveç gibi ülkeler uzun süreli bakım hizmetlerini vergilerle finanse ederek bu hizmetlere evrensel erişimi hedeflemektedirler ve ABD'de deneyimlenen eşitsizlikleri yaşamamaktadırlar (Mauldin vd., 2021). ABD'nin de en kısa zamanda uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunda yapısal reformlar yaparak bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin bu hizmetleri hak temelli bir çerçevede almaları sağlanmalıdır.

SONUÇ

Uzayan yaşam süreleri ve kronik hastalıklarla geçen sürelerin artması neticesinde yaşlılık süresince hizmet sunan uzun süreli bakım modelleri kritik bir öneme ulaşmıştır. Sosyal adaleti sağlamakta büyük bir rol oynayan sosyal politikaların alt dalı olan uzun süreli bakım sistemini yakından tanımak yaşlılık sürecinde deneyimlenebilecek eşitsizliklerin önüne geçmek için gereklidir. Amerikan uzun süreli bakım sistemi, piyasa merkezli gelir-testi modeline sahiptir. Bu hizmetlerin sunumu, planlanması, finanse edilmesi, uygulanması, kontrol ve takip edilmesinde görülen eksiklikler sebebiyle büyük eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Oysa sosyal politikalar uzun süreli bakımın sunulmasında sosyal adaleti sağlamayı hedeflemeli, yaşlılıkta engellilik yaşayan ve bakıma muhtaç bireylerin bu ihtiyaçlarına hak temelli bir çerçevede yaklaşmalıdır. Bunu başarmak için uzun süreli bakım hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunda yapısal reformlar yaparak bu alanda yaşanan eşitsizliklere müdahale etmeli, aynı zamanda da gelişen teknolojiyi bakım modellerine daha iyi entegre etmek için uzun süreli bakım modellerini geliştirilmeli ve düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

- Achenbaum, WA., and Carr, LC. (2014). A brief history of aging services in the United States. *Generations. Journal of the American Society on Aging*, 38(2), 9-13.
- Ağcasulu, H. (2021). Sosyal Politika Olarak Evde Bakım Hizmetleri: Ülke Örnekleri ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 167-183.
- Alexander, GL., Rantz, M., Flesner, M., Diekemper, M., and Siem, C. (2007). Clinical information systems in nursing homes: an evaluation of initial implementation strategies. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 25(4), 189-197.
- Altan, Ö. Z. (2004). Sosyal politika (No. 790). *Anadolu Üniversitesi*.
- Amenta, E. (2000). *Bold Relief: Institutional Politics and the Origins of Modern American Social Policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- American Council on Ageing. (2022), *Answers to All of Your Questions About Medicaid Long Term Care*, Erişim Tarihi: 21 Haziran 2022, <https://www.medicaidplanningassistance.org/medicaid-long-term-care-faq/>.
- Barrett L. (2014). Home and community preferences of the 45+ population: 2014. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/surveys_statistics/il/2015/home-community-preferences.doi.10.26419%252Fres.00105.001.pdf.
- Béland, D., Howard, C., and Morgan, KJ. (Eds.). (2015). *The Oxford handbook of US social policy*. Oxford University Press.
- Bilge, M. (2020). Geçmişten Günümüze Yaşlılık. *Yaşlılık ve Sosyal Politika Tartışmaları Sayfa 14-26*. Detay Yayıncılık.
- Boersma, P., Black, LI., and Ward, BW. (2020). Peer reviewed: prevalence of multiple chronic conditions among US adults, 2018. *Preventing chronic disease*, 17.
- Bohl, A., Schurrer, J., Miller, D., Lim, W., and Irvin, CV. (2014). The changing medical and long-term care expenditures of people who transition from institutional care to home-and community-based services. *National Evaluation of the Money Follows the Person (MFP) Demonstration Grant Program, Report from the Field*, (15).
- Borella, M., De Nardi, M., and French, E. (2018). Who receives Medicaid in old age? Rules and reality. *Fiscal Studies*, 39(1), 65-93.
- Braun, RA., Kopecky, KA., and Koreshkova, T. (2019). Old, frail, and uninsured: accounting for features of the US Long-Term care insurance market. *Econometrica*, 87(3), 981-1019.
- Broad, JB., Ashton, T., Gott, M., McLeod, H., Davis, PB., and Connolly, MJ. (2015). Likelihood of residential aged care use in later life: a simple approach to estimation with international comparison. *Australian and New Zealand journal of public health*, 39(4), 374-379.

- Caplan, Z. (2023). U.S. Older Population Grew From 2010 to 2020 at Fastest Rate Since 1880 to 1890. Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2023. <https://www.census.gov/library/stories/2023/05/2020-census-united-states-older-population-grew.html>.
- Carlson, E., and Coffey, G. (2010). 10-plus years after the Olmstead ruling. Washington, DC: National Senior Citizens Law Center.
- Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2005). National Nursing Home Survey, selected years, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. <https://www.cdc.gov/nchs/data/nnhsd/nursinghomes1973-2004.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC], (2021). Benefits. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/index.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC], (2022). Disability and Health Overview. Erişim Tarihi: 6 Ekim 2022, <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>.
- Centers for Medicare & Medicaid Services [CMS]. (2021), Nursing Facilities, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/delivery-systems/institutional-care/nursingfacilities-nf.html>.
- Chidambaram, P. (2020). Kaiser Family Foundation Issue Brief: state reporting of cases and deaths due to COVID-19 in long-term care facilities, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/state-reporting-of-cases-and-deaths-due-to-covid-19-in-long-term-care-facilities/>.
- Chidambaram, P., and Burns, A. (2022). Things About Long-Term Services and Supports (LTSS). Washington, DC: KFF.
- Comondore, VR., Devereaux, PJ., Zhou, Q., Stone, SB., Busse, JW., Ravindran, NC., and Guyatt, GH. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 339.
- Costa-Font, J., Courbage, C., and Swartz, K. (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both?. *Health economics*, 24, 45-57.
- Denham, A. C. (2018). Community Care Alternatives for Older Adults. *Chronic Illness Care: Principles and Practice*, 259-270.
- DuGoff, EH., Canudas-Romo, V., Buttorff, C., Leff, B., and Anderson, GF. (2014). Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Medical Care*, 52(8), 688-694.
- Dyer, S., Valeri, M., Arora, N., Ross, T., and Winsall, M. (2020). Review of international systems of long-term care of older people. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety.
- Eckert, JK., and Lyon, SM. (1991). Regulation of board-and-care homes: Research to guide policy. *Journal of Aging & Social Policy*, 3(1-2), 147-162.

- Eiken, S., Sredl, K., Burwell, B., and Woodward, R. (2017). Medicaid expenditures for long-term services and supports (LTSS) in FY 2015. Cambridge, MA: Truven Health Analytics.
- Eling, M., and Ghavibazoo, O. (2019). Research on long-term care insurance: status quo and directions for future research. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 44(2), 303-356.
- Ercin, H. (2021). *The Availability and Generosity of Medicaid Home & Community Based Services for Economically Vulnerable Older Adults: State Differences and Their Relationship to End of Life Outcomes* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). University of Washington, Seattle.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Estes, CL., and Harrington, CA. (1981). Fiscal crisis, deinstitutionalization, and the elderly. *American Behavioral Scientist*, 24(6), 811-826.
- Freedman, VA., and Spillman, BC. (2014). Disability and care needs among older Americans. *The Milbank Quarterly*, 92(3), 509-541.
- Friedman, C., and Rizzolo, M. C. (2017). Electronic Video Monitoring in Medicaid Home and Community-Based Services Waivers for People With Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(4), 279-284.
- Friedman, C., Caldwell, J., Rapp Kennedy, A., and Rizzolo, MC. (2019). Aging in place: A national analysis of home-and community-based Medicaid services for older adults. *Journal of Disability Policy Studies*, 29(4), 245-256.
- Genworth. (2023). Cost of Care Survey. Erişim Tarihi: 39 Temmuz 2023. <https://www.genworth.com/aging-and-you/finances/cost-of-care.html>.
- Gorges, R. J., Sanghavi, P., and Konetzka, RT. (2019). A national examination of long-term care setting, outcomes, and disparities among elderly dual eligibles. *Health Affairs*, 38(7), 1110-1118.
- Grabowski, D. C. (2007). Medicare and Medicaid: conflicting incentives for long-term care. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 579-610.
- Grabowski, DC., and Mor, V. (2020). Nursing home care in crisis in the wake of COVID-19. *JAMA*, 324(1), 23-24.
- Green, O., and Ayalon, L. (2019). "Home is where my couch is": the role of possessions in the process of moving and adjusting to continuing care retirement communities. *Qualitative Health Research*, 29(4), 577-588.
- Gümüş, İ. (2020). Esping-Andersen Ve Refah Rejimi Tartışmaları: Teorik Bir Değerlendirme. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 3(1), 101-117.

- Haber, C., and Gratton, B. (1993). *Old age and the search for security: An American social history*. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Harrington, C., Carrillo, H., and Garfield, R. (2017). *Nursing facilities, staffing, residents and facility deficiencies, 2010 through 2015*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2023. <http://files.kff.org/attachment/REPORT-Nursing-Facilities-StaffingResidents-and-Facility-Deficiencies-2009-2015>.
- Harrington, C., Olney, B, Carrillo, H., and Kang, T. 2012. Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit chains and chains owned by private equity companies. *Health Services Research*, 47 (1), Part I: 106-128.
- Harrington, C., Wiener, JM., Ross, L., and Musumeci, M. (2017). *Key issues in long-term services and supports quality*. Issue Briefs: Kaiser Family Foundation.
- Harris-Kojetin, LD., Sengupta, M., Lendon, JP., Rome, V., Valverde, R., and Caffrey, C. (2019). *Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016*.
- Hartle, M., and Jensen, L. (2011). *Planning and creating successful adult day services and other home and community-based services*. (White paper). North Carolina: NAD-SA-AAHSA.
- Hawes, C. and Phillips, CD. (1986). *The changing structure of the nursing home industry and the impact of ownership on quality, cost, and access*.
- Gray, B. H., and McNERNEY, W. J. (Ed.), *For-profit enterprise in health care* (ss. 492-541). Washington (DC): National Academies Press (US).
- Hickey, S., Sawo, M. and Wolfe, J., (2020). *The state of the residential long-term care industry : A comprehensive look at employment levels, demographics, wages, benefits, and poverty rates of workers in the industry*, Economic Policy Institute. Bulgaria.
- Holstein, M., and Cole, TR. (1996). *The Evolution of Long-Term Care*. Binstock, R. H., Cluff, L. E., and Von Mering, O. (Ed.), *The future of long-term care: Social and policy issues* (ss. 19- 47). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- İçli, G. (2019). Yaşlanma ve Sosyal Politikalar. 25-27 Nisan 2019 10. Ulusal Yaşlılık Kongresi. Denizli.
- Institute for Families in Society (2019). *Medicaid Waivers for Respite Support State-by-State Summaries of Medicaid Waiver Information*. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. https://www.coloradospitecoalition.org/cmsb/uploads/medicaid_waivers_for_respite_2019.pdf.
- Janus, AL., and Ermisch, J. (2015). *Who pays for home care? A study of nationally representative data on disabled older Americans*. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-14.
- Johnson, RW., and Wiener, JM. (2006). *A profile of frail older Americans and their caregivers*. Washington, DC: Urban Institute.

- Johnson, RW., Favreault, MM., Dey, J., Marton, W., and Anderson, L. (2021). Most Older Adults Are Likely to Need and Use Long-Term Services and Supports Issue Brief. Washington DC: ASPE, US Department of Health and Human Services.
- Joshua, L. (2017). Aging and long-term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific. Group WB. Washington, USA.
- Kaffenberger, KR. (2001). Nursing home ownership: An historical analysis. *Journal of Aging and Social Policy*, 12(1), 35-48.
- Katz, S., Ford, AB., Moskowitz, RW., Jackson, BA., and Jaffe, MW. (1963). Index of independence in activities of daily living (Katz Index of ADL) studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
- Kaye, HS., Harrington, C., and LaPlante, MP. (2010). Long-term care: who gets it, who provides it, who pays, and how much?. *Health affairs*, 29(1), 11-21.
- Keigher, S. (2006). Policies affecting community-based social services, housing and transportation. *Handbook of Social Work in Health and Aging*, 877-891.
- Keser, E. (2020). Yaşlı Bakım Uygulamalarındaki Etik Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(1), 303-333.
- Keyder, Ç., ve Buğra, A. (2006). Sosyal politika yazıları. İletişim Yayınları.
- Konetzka, RT., and Werner, RM. (2009). Disparities in long-term care: building equity into market-based reforms. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 491-521.
- Kong, L., Hu, K., and Walsman, M. (2021). Caring for an Aging Population in a Post-Pandemic World: Emerging Trends in the US Older Adult Care Industry. *Service Science*, 13(4), 258-274.
- Livne, R. (2019). *Values at the End of Life : The Logic of Palliative Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marshall, TH. (1950). *Citizenship and social class* (Vol. 11, pp. 28-29). New York, NY: Cambridge.
- Mauldin, RL., Sledge, SL., Kinney, EK., Herrera, S., and Lee, K. (2021). Addressing Systemic Factors Related to Racial and Ethnic Disparities among Older Adults in Long-Term Care Facilities. In *Effective Elimination of Structural Racism*. IntechOpen.
- Michaels, D. (2020). History of nursing homes in America. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <https://www.americannursinghistory.org/history-nursing-homes-in-america>.
- Musumeci, M., and Claypool, H. (2014). Olmstead's role in community integration for people with disabilities under Medicaid: 15 Years after the Supreme Court's Olmstead decision. Henry J. Kaiser Family Foundation.

- National Center for Health Statistics. (2023). Health, United States, 2020-2021. National Center for Health Statistics. Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2023. <https://www.cdc.gov/nchs/hs/data-finder.htm>
- National Institutes on Aging [NIA]. (2017). Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes>.
- Ng, T., Harrington, C., and Kitchener, M. (2010). Medicare and Medicaid in long-term care. *Health Affairs*, 29(1), 22-28.
- Özdemir, S. (2005). Sosyal gelişim düzeyleri farklı refah devletlerinin sınıflandırılması üzerine bir inceleme. In *Journal of Social Policy Conferences* (No. 49). Istanbul University.
- Özgökçeler, S. (2006). Sosyal Dışlanma Sorunsalı Ve Engellilerin Sosyal Politikası Bağlamında Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi. Uludağ Üniversitesi.
- Peetoom, KK., Lexis, MA., Joore, M., Dirksen, CD., and De Witte, LP. (2015). Literature review on monitoring technologies and their outcomes in independently living elderly people. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 10(4), 271-294.
- Qualls, SH. (2016). Caregiving families within the long-term services and support system for older adults. *American Psychologist*, 71(4), 283-293
- Reaves, EL., and Musumeci, M. (2015). Medicaid and Long-Term Services and Supports: A Primer, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. <http://kff.org/medicaid/report/medicaid-and-long-term-services-and-supports-a-primer/>.
- Reinhard, SC. (2010). Diversion, transition programs target nursing homes' status quo. *Health Affairs*, 29(1), 44-48.
- Robine, JM. (2021). Ageing populations: We are living longer lives, but are we healthier. *United Nations*, 2.
- Rosland, AM., Heisler, M., Janevic, MR., Connell, CM., Langa, KM., Kerr, EA., and Piette, JD. (2013). Current and potential support for chronic disease management in the United States: the perspective of family and friends of chronically ill adults. *Families, Systems, and Health*, 31(2), 119.
- Şeker, A., ve Kurt, G. (2018). Bir Sosyal Politika Alanı Olarak Yaşlılık Ve Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi*, 40, 7-30.
- Shapiro, A., Loh, CP., Mitchell, G. (2011). Medicaid cost-savings of home-and community-based service programs for older persons in Florida. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 3-21.
- Shirk, C. (2006). Rebalancing long-term care: The role of the Medicaid HCBS Waiver Program, Washington, DC: National Health Policy Forum.
- Shrider, EA., Kollar, M., Chen, F., and Semega, J. (2021). Income and poverty in the United States: 2020. US Census Bureau, *Current Population Reports*, (P60-273).

- Sowers, M., Claypool, H., and Musumeci, M. (2016). Streamlining Medicaid home and community-based services: Key policy questions, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, <https://www.kff.org/report-section/streamlining-medicaid-home-and-community-based-services-key-policy-questions-issue-brief/>.
- Spencer-Wood, SM. (2001). Introduction and historical context to the archaeology of seventeenth and eighteenth century almshouses. *International Journal of Historical Archaeology*, 5(2), 115-122.
- Swearingner, H. (2023). Sosyal Politikaya Giriş. Tahsin Barış Değer (Ed.), *Dezavantajlı Yaşlılar ve Sosyal Politika* (ss. 1. 18). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tauke, B., and Smith, K. (2020). Marginalized by design. *Journal of Interior Design*, 45(1), 5-12.
- Thach NT., and Wiener JM. (2018). An overview of long-term services and supports and Medicaid: final report. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/overview-long-term-services-and-supports-and-medicaid-final-report>.
- The World Bank. (2022). Population ages 65 and above (% of total population). Erişim Tarihi: 30 Temmuz 2023. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>.
- Titmuss, R. (1974), *Social Policy*, London: Allen and Unwin.
- Trinkoff, AM., Yoon, JM., Storr, CL., Lerner, NB., Yang, BK., and Han, K. (2020). Comparing residential long-term care regulations between nursing homes and assisted living facilities. *Nursing Outlook*, 68(1), 114-122.
- Tufan, İ. (2016). *Antik Çağ'dan Günümüze Yaşlılık ve Yaşlanma*. Geliştirilmiş 2. Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Turner, BS. (1990). Outline of a Theory of Citizenship. *Sociology*, 24(2), 189-217.
- Upadhyay, P. and Weiner, J. (2019). Long Term Care Financing in the United States. Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022. <https://ldi.upenn.edu/brief/long-term-carefinancing-united-states>.
- Van Houtven, CH., DePasquale, N., and Coe, NB. (2020). Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double-or triple-duty caregiving roles. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(8), 1657-1660.
- Vladeck, B. (1980). *Unloving Care*. New York: Basic Books.
- Voorhies, P. and Kirsten, C. (2020). Overview of Federally Certified Long-Term Care Facilities, Congressional Research Service.
- Wang, Y. (2019). *Understanding Home and Community-based Services: An Evaluation of Medicaid's Balancing Incentive Program* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). The Pardee RAND Graduate School.
- Wiener, JM., Anderson, WL., Khatutsky, G., Kaganova, Y., and O'Keeffe, J. (2013). *Medicaid spend down: New estimates and implications for long-term services and supports financing reform*. Washington, DC: RTI International.

- Wiener, JM., and Anderson, WL. (2009). Follow the money: Financing home and community-based services. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Wilensky, HL., and Lebeaux, CN. (1958). Industrial society and social welfare: the impact of industrialization on the supply and organization of social welfare services in the United States (No. HV91 W5).
- World Health Organization (WHO). (2019). WHO methods and data sources for life tables 1990–2019, Erişim Tarihi: 27 Temmuz 2022, https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghes2019_life-table-methods.pdf?sfvrsn=c433c229_5.
- Yılmaz, V. (2018). Sosyal politika ve yaşlanma. Yaşlanma ve yaşlılık: Disiplinlerarası bakış açıları içinde. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. s.173-187.