

İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetlerinin Sunumuna ve Finansmanına Bakış

An Overview of the Provision and Financing of Long-Term Care Services in Nordic Countries

ÖZET

Bugün dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde nüfusun yaşlanması durumu sosyoekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum ülkelerin ekonomik yapısını da tehdit ettiği için bir takım yapısal düzenlemeler gerektirmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla artan bakım ihtiyacı, kimi zaman resmi kimi zaman gayri resmi olarak sağlanmaktadır. Bazı ülkelerde bu hizmetler devlet ve özel kesim tarafından daha sistemli olarak gerçekleştirilmektedir. Uzun vadeli bakım hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında özellikle İskandinav ülkelerinde devletin önemli bir rolü olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada İskandinav ülkelerinden İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya'da yaşlı nüfus için sağlanan uzun vadeli bakım hizmetlerinin ana çerçevesi ve finansmanı ele alınmıştır. Bu ülkelerin ortak özelliği, uzun vadeli bakım hizmetlerinde devletin özellikle belediyeler aracılığıyla sorumluluğu bizzat üstlenmesi ve organizasyonunun devletin gözetimi altında gerçekleştirilmesidir.

Yasemin YILDIRIM

Ordu Üniversitesi,

Dr. Öğr. Üyesi

yaseminyenigun@odu.edu.tr

ORCID: 0000-0002-7219-6597

Gönderilme Tarihi

19 Şubat 2025

Kabul Tarihi

13 Haziran 2025

Yayınlanma Tarihi

28 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Sağlık Harcamaları, Uzun Vadeli Bakım, Uzun Vadeli Bakımın Finansmanı, İskandinav Ülkeleri

ABSTRACT

Today, the aging of the population in developed and developing countries of the world is a socioeconomic problem. Since this situation also threatens the economic structure of the countries, it requires some structural arrangements. The increasing need for care with the aging of the population is sometimes provided officially and sometimes unofficially. In some countries, these services are provided more systematically by the state and the private sector. It is seen that the state has an important role in the provision and financing of long-term care services, especially in the Scandinavian countries. This study examines the main framework and financing of long-term care services provided for the elderly population in the Scandinavian countries of Sweden, Denmark, Norway and Finland. The common feature of these countries is that the state assumes responsibility for long-term care services, especially through municipalities, and that their organization is carried out under the supervision of the state.

Received

19 February 2025

Accepted

13 June 2025

Published Online

28 June 2025

Key Words

Healthcare Spending, Long-Term Care, Financing of Long Term Care, Scandinavian Countries

GİRİŞ

Nüfusun yaşlanması, bir ülkenin demografik dağılımında yaşlı insanların payının artmasını ifade eden, yirmi birinci yüzyılda birçok sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan bir olgudur. Toplumların dünya çapında yaşlanması, aile yapılarındaki değişiklikler, uzun ömürlülükte artış, doğurganlık ve ölüm oranlarında düşüş gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Nüfusun giderek yaşlanması ise ekonomik büyüme ve üretkenlik üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Ayrıca bu durum sosyal güvenlik, sağlık ve tıbbi bakım sistemlerine giderek daha fazla yük bindirmekte ve ilgili ülkelerin işgücü piyasasının bozulmasına neden olmaktadır.

Dünya genelinde %2,3 olan toplam doğurganlık hızı gelişmiş ülkelerde %1,5 iken en az gelişmiş ülkelerde %3,8 olarak tespit edilmiştir (unfpa.org). Ülkeler açısından nüfusun yaşlanmasına paralel olarak yaşlı bağımlılık oranlarında da artış gözlemlenmektedir. Yaşlı bağımlılık oranı, yaşlı sayısının 100 ile çarpılarak çalışma çağındakilerin sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır (Yılmaz, 2023: 49). İskandinav ülkeleri de yüksek yaşlı bağımlılık oranlarıyla dikkat çekmektedir (Eser ve Küçük Aksu, 2021: 544).

Özellikle gelişmiş ülkeler açısından nüfusun yaşlanması, ülkelerin ekonomik ve sosyal yönden politikalar geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır. Birçok gelişmiş ülke emekliliğin başladığı 65 yaş genellikle yaşlılığın başladığı yaş olarak kabul etse de, genel olarak yaşlıların bağımlılık dönemi 75 yaş itibarıyla başlamaktadır (Sınmaz ve Erbey, 2019: 566). Yaşlılıkla beraber bağımlılığın da artmasıyla, yaşlıların uzun vadeli bakımı için ülkeden ülkeye değişebilen politikalar uygulanmaktadır.

Bu çalışmada İskandinav ülkelerinden olan İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya'da sosyal bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan uzun vadeli bakıma yönelik gerçekleştirilen hizmetler ve bu hizmetlerin finansmanında rol alan tarafların incelenmesi amaçlanmıştır.

Uzun Vadeli Bakım

Dünya Sağlık Örgütü uzun vadeli bakımı "*zihinsel veya fiziksel hastalık ve engellilik nedeniyle içsel kapasitelerini önemli ölçüde kaybeden veya kaybetme riski altında olan kişilerin temel hakları ve insan onuruyla tutarlı bir işlevsel yetenek düzeyini koruyabilmelerini sağlayan geniş bir yelpazede kişisel, sosyal ve tıbbi hizmetler ve destek*" olarak tanımlamıştır. Kaynaklarda uzun süreli bakım (USB) veya uzun dönemli bakım (UDB) olarak da geçen bu sistem genellikle sağlık sistemleri ile sosyal refah sistemleri arasında yer alır. USB'de, Sosyal refah sistemleri bakım kullanıcılarına ve bakıcılara nakit yardımı gibi hizmetler sağlarken, sağlık hizmetleri sistemleri hastalık yönetimi ve bakım koordinasyon hizmetlerini üstlenmektedir. Sistem geleneksel olarak aile üyeleri ve özellikle kadınlar tarafından sağlanmıştır. Ancak gelişmiş refah devletlerinde devlet ve piyasanın dahil olduğu politikalar uygulanmaktadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri ile sosyal refah sistemlerine yönelik kamu harcamalarının sürekli olarak artacağı öngörülmektedir (Lussi vd., 2024: 2).

İsminden de anlaşılacağı üzere uzun vadeli bakımın (UVB) iki temel bileşeninden birisi bakımın uzun bir zaman dilimi boyunca devam etmesidir. Dolayısıyla esas olarak günlük yaşamın temel faaliyetlerindeki (yeme, banyo yapma, temel hareketlilik vs.) destekle ilgilidir. Diğerleri ise hizmetin çeşitli

bileşenler (mekânsal veya araç kullanımı) arasında entegre bir program olarak sağlanmasıdır. Hizmetler kurumsal, konut veya evde bakım dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda sağlanabilir. Evde sağlanan hizmetler kişinin özel evinde uzun süreli olarak sağlanan hizmetleri içerir. Ayrıca, bu hizmetlere günlük vaka bazında veya kurumlarda kısa süreli kalışlar şeklinde, dinlenme bakımı olarak alınan hizmetler de dahildir. Kurumlardaki hizmetler, özel olarak tasarlanmış kurumlarda veya baskın hizmet bileşeninin uzun süreli bakım olduğu hastane benzeri bir ortamda (genellikle altı ay veya daha uzun süre) kalıcı olarak veya uzun bir süre (genellikle altı ay veya daha uzun) yaşayan orta derecede ve şiddetli işlevsel kısıtlamaları olan kişilere sağlanan hizmetleri içerir. Avrupa Komisyonu'na (2015) göre, UVB gayri resmi olarak (aileler ve arkadaşlar tarafından) ve resmi olarak (bir tür istihdam sözleşmesi kapsamında ücret alan bakım yardımcıları tarafından) sağlanır. Resmi bakım evde veya bir kurumda (bakım merkezleri ve huzurevleri gibi) verilir. Nakit yardımlar, evde veya bir kurumda resmi bakım satın almak için kullanılabilen veya gayri resmi bakıcılara gelir desteği olarak yapılan ödemelerdir (Halásková vd., 2017: 160).

Gümüş Ekonomi Kavramı

Yaşlı bakımı sözde gümüş ekonomi olarak adlandırılan ekonomik çevrenin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Gümüş ekonomi; 1970'lerde Japonya'da hükümetin yaşlılara sunulan tesis sayısını artırmak için yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Terim olarak Oxford Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından bu haliyle adlandırılmaya başlanmıştır. Başlangıçta elli yaş ve üzeri insanlarla bağlantılı tüm ekonomik faaliyetleri tanımlayan bu terim, 2009'dan sonra şirketler, hükümetler ve medya tarafından sıklıkla ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Gümüş Ekonomi şu anda "yaşlılara artan sosyal katılım, iyileştirilmiş yaşam kalitesi ve konforu, özerklik

kaybının azalması ve artan yaşam beklentisi açısından fayda sağlayan bir dizi ekonomik ve endüstriyel faaliyet" olarak tanımlanmaktadır (Gschwendtner, 2020: 67). Bu anlamda gerek resmi gerekse gayri resmi olarak yapılan tüm bakım harcamaları da bu ekonomik yapının bir parçasını oluşturmaktadır.

Uzun Vadeli Bakımının Finansmanı

UVB'nin finansmanının çeşitli OECD ülkelerinde üç farklı şekilde sağlandığı görülmektedir. Bunlardan birincisi evrensel olarak tek bir programın uygulandığı sistemdir. Bu sistemde vergi tabanlı modeller, kamusal UVB sigortası modelleri, kişisel bakım ve sağlık sistemi aracılığıyla hemşirelik hizmetleri yer almaktadır. İkincisi gelir testinin uygulandığı programlardır. Bu programlarda UVB hizmetleri gelir testleri sonucunda bakım masraflarını kendileri karşılayamayan kişilere belli koşullar dahilinde uygulanır. Başka bir ifadeyle kişiler söz konusu test sonrası kamusal UVB hizmetlerine erişimde hak sahibi olabilmektedir. Bu modelin en iyi örneğini ise İngiltere ve ABD temsil etmektedir (Bal, 2016: 187). Bir diğer finansman sistemi ise bu iki uygulamayı da içeren karma sistemlerden oluşmaktadır.

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmeti, nüfusun genelini kapsayan evrensel sağlık sigortasıyla sağlanır. Öte yandan, sosyal bakım hizmetleri vergi gelirleri ve kullanıcıların yapmış olduğu ödemelerle finanse edilir, kullanıcının ve ailenin sosyal imkânlarını dikkate alan gelir testleri uygulanır (Halásková vd., 2017: 162). OECD ülkelerinde UVB için finansman sistemleri vergi tabanlı, sosyal sigorta tabanlı ve özel sigorta tabanlı modeller şeklinde sınıflandırılabilir. UVB için karma modellerin daha yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Ülkelerin çoğunluğu vergi tabanlı bir UVB sistemi işletmektedir. Örneğin, İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya gibi İskandinav ülkeleri; Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Polonya, Slovakya ve Slovenya gibi Doğu Avrupa

ülkeleri; Portekiz ve İspanya gibi Güney Avrupa ülkeleri ve İngiltere, İrlanda, Fransa gibi Batı Avrupa ülkeleri vergi tabanlı bir UVB sistemi işletmektedir. Ancak, Almanya, Kore Cumhuriyeti, Japonya, Lüksemburg ve Hollanda gibi sosyal sigorta sistemlerine sahip ülkeler de UVB sigortası sunmaktadır. Bu, insanların emeklilik gibi düzenli olarak prim ödediği bir sistemdir (Lee vd., 2023: 2).

İskandinav ülkelerinde yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal bakım büyük ölçüde vergilerle finanse edilmektedir. Hizmetlerin sağlanması ve organizasyonu da kamu tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülkelerin yaşlı bakımı politikalarının temel ilkesi, ekonomik durum ve aile kaynaklarına bakılmaksızın bakıma ihtiyaç duyan her yaşlıya hizmetlerin sunulmasını sağlamaktır. İskandinav ülkelerinin evrensel bakım sistemleri genellikle birbirine çok benzer kabul edilir (Agerholm vd., 2024: 119). 1990'lara kadar, yerel belediyeler veya bölgesel yönetimler büyük ölçüde hem evde bakım hem de konut bakımını üretip sağlıyordu. Kâr amacı gütmeyen üçüncü sektör kuruluşları da, özellikle Finlandiya'da, konut bakımının sağlanmasında önemli bir rol oynamıştır. Bununla birlikte, son yıllarda, piyasa rasyonelitesi doğrultusunda kâr amacı güden hizmet sağlayıcıların da bakım sektörüne girdiği görülmektedir (Kröger, 2019; Hjelmar ve Rostgaard, 2020; Moberg, 2017).

İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetleri

Ariaans ve arkadaşları, ülkelerin son dönemde yaptıkları UVB reformlarını dikkate alarak bir kümeleme analizi gerçekleştirmişlerdir. Bu analiz sonucunda en sağlam sistem türü Kuzey Avrupa sistemi olarak da nitelenen İsveç, Norveç ve Danimarka'nın öncülük ettiği kamu tedarik sistemi olmuştur. Bazı çalışmalarda bu ülkelere ilaveten Finlandiya ve sıklıkla Hollanda da dahil edilmiştir (Ariaans vd., 2021: 610).

Prensip olarak, İskandinav ülkeleri mesleki takdir yetkisi ve ihtiyaç değerlendirmesine göre herkese UVB dahil olmak üzere vergiyle finanse edilen sosyal ve sağlık hizmetleri sunmaktadır (Kildal ve Kuhnle, 2005; Szebehely ve Meagher, 2018). Hizmet kullanıcıları değişen tutarda kullanıcı ücretleri öderler, ancak hizmetler ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilir. Evrensel refah modeli ve kapsamlı kamu hizmetleri, özellikle sağlık hizmetlerinde ve çocuk, engelli ve yaşlı bakımında kadınları istihdam eden geniş kamu sektörüne dayanmaktadır. İskandinavya'da kamusal sosyal bakım sektörünün genişlemesi, kadınlara iş piyasasına bir giriş kapısı sağlamanın yanı sıra sosyal bakımı aileden devlete aktarma fırsatı da sağlamıştır. İskandinav ülkeleri sosyal hizmet devletleri (Anttonen, 1990) ve bakım devletleri (Daly, 2001; Leira, 1994) olarak adlandırılmıştır çünkü sosyal bakım para transferleri temelinde değil, kamu hizmeti olarak sağlanmaktadır. Aynı hizmetlerin yaygınlığı İskandinav ülkelerini diğer refah devletlerinden farklı kılmaktadır (Van Aerschoot, 2022: 334).

UVB sisteminin tanıtılmasından bu yana, düşük doğum oranları ve yaşlanmanın neden olduğu finansal yük kötüleştikçe UVB sisteminin sürdürülebilirliğine olan ilgi artmıştır. İskandinav ülkelerindeki sosyal ve sağlık hizmeti sektörü, demografik değişimin neden olduğu zorluklarla karşı karşıyadır. Çünkü büyük sayıda yaşlı çalışan işgücü piyasasını terk etmektedir. Aynı zamanda, yaşlanan nüfus, UVB hizmetlerine olan talebin artması beklentilerine yol açmıştır (Van Aerschoot, 2022: 333).

İsveç

İsveç'te UVB'nin sağlanması ve finansmanı belediyelerin sorumluluğundadır. Ulusal hükümet, ulusal standartları belirlemek için düzenleyici bir rol üstlenir. 1992'den beri UVB'nin sağlanması ve finansmanı neredeyse tamamen yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Sağlık hizmeti ve

rehabilitasyon 21 bölge tarafından organize edilir ve vergilendirilir. Evde sağlık hizmetinin bölge tarafından sağlandığı Stockholm Bölgesi hariç, sosyal bakım ve evde sağlık hizmeti 290 belediye tarafından yerel olarak organize edilir. Sosyal bakım ihtiyaçları, belediyelerin sosyal bakım yöneticileri tarafından talep üzerine değerlendirilir ve yaşlı kişiye, kendi evlerinde, kendi seçtikleri özel veya kamu sağlayıcısı tarafından sağlanan uygun hizmetler sunulmaktadır (Agerholm, 2024: 121).

UVB maliyetleri genellikle gelir vergisinden finanse edilir; çoğu yerel gelir vergileridir. Ancak ulusal hükümet ayrıca yaşlılar için UVB'ye yönelik bazı kaynakları aktarır. Bu yönüyle finansman sorumluluğu kısmen merkezi ve yerel olarak iki şekilde paylaşılmaktadır. Bölgesel farklılıkları telafi etmek için, gelirleri yerel yönetimler arasında yeniden dağıtan bir risk ayarlama sistemi vardır.

Yerel otorite, ihtiyaç sahibi tüm sakinlere uygun bakımı sunmak zorundadır. Ayrıca, yasa, yerel yönetimlerin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını aktif olarak araştırmasını şart koşmaktadır. Sağlanan hizmetler esas olarak evde bakım ve kurumsal bakımdır. Ancak belediyeler arasında ihtiyaç değerlendirme prosedürleri ve belirli koşullar için sağlanan bakım konusunda büyük farklılıklar bulunmaktadır. Bakım kısmen yerel olarak belirlenen gelir ile hizmet alan bireylerin yapmış olduğu ödemelerle finanse edilir. Yaşlıların yoksullaşma riskini azaltmak için, merkezi hükümet yakın zamanda kişisel ihtiyaç ödenekleri için ulusal standartlar geliştirmiş ve cepten ödemelere sınırlamalar getirmiştir. Son yıllarda, bakımı en ciddi vakalara yoğunlaştırma yönünde devam eden bir eğilim olmuştur (Karlsson, 2007: 111). Devletin, belediyeler ve bölgelere yönelik uyguladığı politika ve finansal desteklerle, kitlesel sağlık artırılabilen ve yaşlıların yoksullaşma riski önlenmektedir. Devlet, genellikle politika hedeflerine ve

direktiflerine mevzuat ve mali teşvikler yoluyla karar verir. Örneğin, bakım evleri büyük ölçüde evde sağlık hizmeti ve sosyal bakımla değiştirilmiştir (Agerholm, 2024: 121).

Danimarka

Danimarka'da uzun dönemli bakım, aile ve arkadaşlar tarafından gayri resmi bakım olarak veya büyük kısmı belediyeler tarafından sağlanan ve finanse edilen resmi bakım olarak sağlanmaktadır.

Danimarka'da 125 yıldan uzun süredir kamu tarafından sübvans edilen UVB'nin bir biçimi uygulanmaktadır. O dönemden önce, 19. yüzyılın başlarında ve ortalarında Danimarka'da, kendi bakımlarını finanse edecek maddi imkâna sahip olmayan yoksul yaşlılar yoksul evlerine gönderilmekteydi. Zenginler için özel vakıflar yaşlı bakım evleri işletmekteydi. Nisan 1891'de, Yaşlılık Desteği Yasası son 10 yıldır herhangi bir yoksulluk yardımı almamış, bakıma muhtaç 60 yaş üstü yaşlılara kamu desteği hakkını garanti altına almıştır. Sonraki yıllarda sektör gelişmiş ve yaklaşık 1000 belediye evi ve 400 özel ev kurulmuştur (Gørtz, vd., 2023: 8).

Danimarka'da resmi bakım olarak, sağlık hizmetleri sorumlulukları devlet, beş bölge ve 98 belediye arasında bölünmüştür. Belediyeler sosyal bakımdan sorumludur. Devlet genel politikayı belirlerken, bakım kalitesini ve sağlık hizmetleri sisteminin genel organizasyonunu değerlendirirken, bölgeler ve belediyeler hizmetlerin sunulmasından sorumludur.

Bölgeler hastanelere sahip olup onları işletmektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmetlerinden sorumlu genel pratisyenlere ve kendi özel muayenehanelerini işleten tıp uzmanlarına fon tahsis etmektedir. Bölgeler bunun için vergi tahsilatı yapmamakta ancak özellikle devletten ve ayrıca bölgedeki sakinlerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmalarına göre belediyelerden fon almaktadır.

Belediyeler, evde bakım (sağlık ve sosyal bakım), evde hemşirelik ve bakım evleri dahil olmak üzere yaşlılar için sağlık teşviki, rehabilitasyon ve sosyal bakım sorumluluğuna sahiptir. Belediyeler, önleyici ev ziyaretlerinin başlatılması ve yaşlı sakinlerin mümkün olduğunca uzun süre bağımsız yaşamalarına yardımcı olma konusunda yasal olarak yükümlüdür. 65-81 yaş aralığındaki tıbbi ve sosyal açıdan savunmasız vatandaşlar, ihtiyaca göre önleyici ev ziyaretleri alırken, sağlıklı yaşlılar 82 yaşına kadar beş yılda bir önleyici ziyaretler alırlar ve bu yaştan sonra ziyaretler yıllık hale gelir (Agerholm, 2024: 120).

Belediyeler, bekleme listesi ve ihtiyaç değerlendirme sistemine göre huzurevleri ve huzurevlerinde yer tahsis etmekten sorumludur. Bir dizi reform getiren Sosyal Hizmet Yasası'na göre, artık kendi evlerinde bağımsız olarak yaşayamayan tüm yaşlı sakinler, kamu huzurevi, korumalı konut, korumalı konut birimi veya ortak konut planında bir yer için uygundur. Uygunluk, bireyin ikamet ettiği belediyede, bireyin kendisi veya belediye tarafından başlatılan ziyaretten sonra belirlenir. Uygunluk sağlandıktan sonra, belediye meclisinin iki aylık bir süre içinde bir yer sunması yasa gereği zorunludur. Ayrıca, belediyeler yaşlılara resmi ev bakımı sağlamak ve finanse etmek zorundadır. Bu bakım, kişisel bakım ve pratik yardımın (temizlik, alışveriş ve hafif bir yemek hazırlama) birleşiminden oluşur. Danimarka'daki tüm bireyler, olası özel emeklilik planlarından bağımsız olarak, belirli bir yaştan itibaren yaşlılık maaşı almaya hak kazanır. Dahası, herkes bazı istisnalar haricinde kamu tarafından sağlanan ücretsiz sağlık hizmetlerine erişebilir. Danimarka'da UVB için özel sağlık sigortası çok nadirdir. Şöyle ki 65 yaş üstü nüfusun %0,9'u UVB için özel sigortaları olduğunu belirtmiştir (Gørtz, vd., 2023: 10).

Norveç

Literatür taramasına göre Norveç, yaşlanan nüfusu, engelli nüfusu ve kronik ve uzun vadeli hastalıkları artan yüksek gelirli ülkeler arasındadır. 65 yaş üstü nüfus genel nüfusun %15'ni oluşturmaktadır ve bu oranın artması beklenmektedir (Deraas vd., 2011: 2). Ek olarak, 24 saat bakım hizmetlerini (kurumsal veya ev tabanlı) kullanan nüfusun önümüzdeki otuz yılda iki katına çıkması ve aynı zamanda onlara bakan sakinlerin sayısında azalma olması beklenmektedir. Uzun dönemli bakım tesisleri, uzmanlaşmış sağlık hizmeti sağlayıcıları ile optimum ve yetkin bakım gerektirir ve bakıma olan talebin artmasıyla birlikte, lisanssız veya niteliksiz kişiler doğrudan hasta bakımı sağlamaya başlamıştır (Kumar, 2023: 17).

Norveç'te, makro, mezo ve mikro düzeylerdeki öncelikler ve olanaklar UVB hizmeti sunumunu ve tahsisini belirler. Belediyelere, belediye sağlık ve bakım hizmetlerinin bir parçası olarak UVB hizmetlerinin sorumluluğu verilmekte, ancak genel bakım politikası hükümet tarafından oluşturulmaktadır. Kaynak tahsisi büyük ölçüde ulusal olarak kontrol edilmektedir. Norveç belediyelerindeki UVB çoğunlukla her belediyenin serbestçe yönetebileceği vergi gelirleri ve hükümet hibelerinden oluşan "sınırlanmamış gelirler" ile ücretler ve kullanıcı ödemeleri yoluyla finanse edilir. Belediyeler, kaynakların planlanması ve bütçelenmesi yoluyla ulusal çerçeve içinde sağlık ve bakım hizmetlerine öncelik vermek zorunda bırakılır. Bireyler UVB hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında, belediyeye bir başvuruda bulunurlar ve başvurunun kabul edilmesi durumunda kaynak tahsisinden yararlanabilmektedirler (Burrell, 2023: 2).

Norveç'te UVB klinik sonuçlarını bildirmek için bölgesel ve ulusal sistemler yoktur. Belediyeler ise ulusal veri tabanındaki maliyet, üretim, personel mevcudiyeti ve yapısal veriler hakkında yalnızca yıllık rapor verir. Norveç'in belediye düzeyindeki UVB hizmetleri

sosyoekonomik ve demografik nedenlerden dolayı değişiklik gösterir ancak nihayetinde karşılaştırılabilir tıbbi ve işlevsel ihtiyaçları olan UVB hastalarına hitap eder. Norveç'in tüm belediyelerindeki UVB sistemi, ihtiyaç duyulan bakıma bağlı olarak katkı payı temelinde hizmetler sunulan kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemi altındadır (Kumar, 2023: 18).

UVB'nin temel taşları ise huzurevleri, bakıma muhtaç kişilerin bağımsız bir şekilde yaşayabileceği korumalı konutlar ve evde sağlanan hizmetlerdir. Norveç'te UVB hizmetleri hükümet tarafından zorunlu tutulduğu için bütün belediyelerde bu merkezler bulunmaktadır (Burrell, 2023: 3).

Finlandiya

Finlandiya'daki belediyeler sakinlerine, belediye ve eyalet vergileri ile katkı paylarıyla finanse edilen sağlık ve sosyal bakım sağlamaktan sorumludur. Devlet, bakım sistemini mevzuat ve bilgilendirici rehberlik yoluyla yönlendirmektedir. Yasaya göre belediyeler, talep üzerine yaşlı insanların bakım ihtiyaçlarını değerlendirip, bakım hizmetlerini sunmak zorundadır. Tıbbi ve güvenlik gibi nedenler yoksa UVB öncelikle kişinin evinde sağlanır. UVB, katılımcı belediyelerin federasyonları tarafından sahip olunan ve finanse edilen hastane bölgeleri tarafından sağlanmaktadır. Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu 2023 yılından itibaren 21 yeni bölgesel kuruluş tarafından organize edilmektedir. Helsinki şehri ise sağlık ve sosyal hizmetlerini herhangi bir bölgenin

parçası olmadan kendi alanı içinde organize etmektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmeti, uzman bakımı, rehabilitasyon ve sosyal bakım (evde bakım, yaşlılar için 24 saat hizmet konutu) refah hizmetlerinin ilçeler tarafından sunumu geliştirilme aşamasındadır. Birincil sağlık hizmetinin beş üniversite hastanesi tarafından sunulması planlanırken, ilçeler ikincil ve üçüncül sağlık teşvikinden sorumlu olacaktır. Belediyelerin ise yine birincil sağlık teşvikinden sorumlu olmaya devam etmesi planlanmaktadır (Agerholm, 2024: 121).

Finlandiya'nın yaşlı bakımı için sunduğu çeşitli çözümler bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe ve ihtiyaçlar değiştikçe hizmet alımında da farklılıklara gidilebilmektedir. Bunlardan biri yaşlılar evi (Senioritalot) olarak bilinen bitişik ev grupları veya apartman gruplarıdır. Bu daireler genellikle 55 yaş ve üzeri kişilere satılmakta veya kiralanmaktadır. Bağımsız yaşamın yanı sıra hizmet de sağlayan konut çözümleri ise hizmet evi (Palvelutalot) olarak geçmektedir. Tüm daireler yaşlılara kiralanırken; temizlik, yemek, bakım gibi hizmetler de ihtiyaç duyulduğunda sunulmaktadır. Bunların dışında bir de huzurevleri (Hoivakodit) bulunmaktadır. Huzurevleri, örneğin hafıza bozuklukları durumunda, günün her saati yardıma ihtiyaç duyan yaşlı insanlar için hizmet vermektedir. Bu evlerde genellikle, banyolu bağımsız odalar ve tüm müşterilerin birlikte vakit geçirmesi için ortak alanlar bulunmaktadır (Failla, 2024: 20).

SONUÇ

Günümüzde özellikle Avrupa ve İskandinav ülkelerinin nüfusunun çeşitli sebeplerden dolayı, giderek artan oranlarda yaşlanma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durumun ekonomik büyüme ve üretkenliğe olumsuz etkileri olabileceği gibi sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde de farklı bir planlamayı gerekli kılmaktadır. Bu anlamda birçok ülkede atılan ve halen geliştirilmeye devam edilen adımlar bulunmaktadır.

Genellikle emekliliğin başladığı yaş olan 65 yaşından sonra bireyler farklı büyüklüklerde bakıma muhtaç hale gelebilmektedir. Bu bakım bazen çevrenin yardımıyla gayri resmi olarak yürütülebilse de, sürekli ve kaliteli bir bakımın sağlanması için kısıtlı olan imkânlardan dolayı resmi olarak yürütülebilmesi yolunda kamusal düzenlemeler gerekmektedir. UVB, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından 'günlük yaşamın temel aktivitelerinde yardıma bağımlı kişiler için gereken bir dizi hizmet' olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin sağlanmasında kamusal ve piyasa tabanlı çeşitli çözümlerin uygulandığı görülmektedir. Bakım hizmetlerine olan talebin artacağı düşünüldüğünde kamusal çözümler için daha fazla fon tahsisinin gerekli olacağı aşikârdır.

Dünya genelinde çok çeşitli UVB sistemleri uygulanmaktadır. Bu sistemler

sağlık hizmetleri, kamusal emeklilik sistemleri ve diğer ülkelerde uygulanan modellerden etkilenmiştir. UVB sistemleri belirlenirken politika yapıcılarının dikkate alınması gereken belli başlı unsurlar bulunmaktadır. Ülkenin demografik ve mali yapısı, işgücü potansiyeli, hizmetlerin türü, kamu ve özel kuruluşların rolleri ile kamu sübvansiyonunun biçimi bunlardan bazılarıdır.

İskandinav ülkelerinde UVB finansman sistemlerinin genellikle kamu tarafından finanse edildiği, ayrıca belediyeler tarafından yönetilen çeşitli düzeylerdeki ödeme veya katkı paylarıyla oluşturulduğu görülmektedir. Bu ülkelerde belediyeler tüm UVB'yi sosyal bakım olarak tanımlamakta ve sosyal bakımın organizasyonunu ve finansmanını yürütmektedir. Diğer bir deyişle hizmetler; bakımın organizasyonu, sağlanması ve finansmanı için ana sorumluluğun geleneksel olarak kamu sektöründe olduğu, resmi ve profesyonel temelli bir UVB sistemi içinde sağlanır. Bu yönüyle İskandinav ülkeleri 'bakım veren devletler' olarak da bilinmektedir.

Bundan sonraki çalışmalarda İskandinav ülkelerinde uygulanan UVB çalışmaları ve bakımın finansmanı takip edilerek karşılaştırma yoluna gidilebilir veya çalışmaya diğer bölge ülkeleri de eklenerek mukayese yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Agerholm, Janne; Pulkki, Jutta; Jensen, Natasja K., Keskimäki, Ilmo; Andersen, Ingelise; Burström, Bo; Jämsen, Esa; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Schön, Pär ve Liljas, Ann E.M. (2024). The organisation and responsibility for care for older people in Denmark, Finland and Sweden: outline and comparison of care systems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(2), 119-122.
- Anttonen, Anneli. (1990). The feminization of the Scandinavian welfare state. In L. Simonen (Ed.), *Finnish debates on women's studies: Women's worlds, realities and choices*, University of Tampere, Research Institute for Social Sciences, 3-25.
- Ariaans, Mareike; Linden, Philipp ve Wendt, Claus. (2021). Worlds of long-term care: A typology of OECD countries, *Health Policy*, 125(5), 609-617.
- Bal, Tolga. (2016). OECD ülke uygulamaları doğrultusunda uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye için öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 159-196.
- Burrell, Lisa Victoria; Rostad, Hanne Marie; Wentzel-Larsen, Tore; Skinner Marianne Sundlisæter ve Raknes Sogstad, Maren Kristine. (2023). The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: a register-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23: 801, 1-15.
- Daly, Mary. (2001). Care policies in Western Europe. In M. Daly (Ed.), *Care work, the quest for security*, International Labour Office, 33-56.
- Deraas, Trygve S.; Berntsen, Gro, R.; Hasvold, Toralf ve Førde, Olav H. (2011). Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Services Research*, 11:287, 1-11.
- Eser, Burçin ve Küçük Aksu, Saniye. (2021). Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 541-556.
- European Commission (2015). The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060). *European Economy 3/2015*. Brussels: European Commission.
- Failla, Laura. (2024). International elderly care. a tailored solution for the foreign ageing population of Finland. Tampere University of Applied Sciences, Master's Thesis.
- Gschwendtner, Pauline. (2020). Silver economy strategies: A comparative study of Japanese and South Korean governmental measures. *Vienna Journal of East Asian Studies*, 12(1), 62-91.
- Gørtz, Mette; Christensen, Bent Jesper ve Datta Gupta, Nabanita. (2023). Long-Term Care in Denmark. *Nber Working Paper Series, National Bureau of Economic Research*, Cambridge.
- Halásková, Renáta; Bednář, Pavel ve Haláskova, Martina. (2017) Forms of providing and financing long-term care in OECD countries. *Review of Economic Perspectives*, 17(2), 159-178.
- Hjelmar, Ulf ve Rostgaard, Tine. (2020). Supplemental home care and topping-up: A shift from service universalism towards a new and privatised public service model? *International Journal of Social Welfare*, 29(2), 118–128.
- Kildal, Nanna ve Kuhnle, Stein. (2005). Nordic welfare model and the idea of universalism. In Nanna Kildal and Stein Kuhnle (Eds.), *Normative foundations of the welfare state: The Nordic experience* (pp. 13–33). Routledge.
- Kröger, Teppo. (2019). Looking for the easy way out: Demographic panic and the twists and turns of long-term care policy in Finland. In T.k. Jing, S. Kuhnle, Y. Pan, and S. Chen (Eds.), *Ageing Welfare and Social Policy: China and the Nordic Countries in Comparative Perspective* (pp. 91–104). Springer.
- Kumar, Deepak. (2023). Future change in the number of 80+ years old users using 24 hours long term care in all the municipalities of Norway. Universitetet i Oslo, Economics and Policy Masters Thesis.
- Lee, Seok-Hwan; Chon, Yongho ve Kim, Yun-Young. (2023). Comparative analysis of long-term care in OECD countries: Focusing on long-term care financing type. *Healthcare*, 11 (206), 1-13.
- Leira, Arnlaug. (1994). Concepts of caring, loving, thinking and doing. *Social Service Review*, 2, 187–201.
- Lussi, Clara; Bickenbach, Jerome; Halvorsen, Rune ve Sabariego, Carla. (2024). Trends over the past 15 years in longterm care in Switzerland: a comparison with Germany, Italy, Norway, and the United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 24:627, 1-19.
- Sınmaz, Serkan ve Erbey, Seher. (2019). Aktif yaşlanma sürecinin yerel ekonomi ile etkileşimi: Balıkesir üzerine bir araştırma ve sistem önerisi. *Megaron*, 14(4), 567-578.
- Szebehely M. ve Meagher G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?. *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294–308.
- Van Aerschot, Lina; Mathew Puthenparambil, Jiby; Olakivi, Antero ve Kröger, Teppo. (2022). Psychophysical burden and lack of support: Reasons for care workers' intentions to leave their work in the Nordic countries. *International Journal of Social Welfare*, 31(3), 333-346.
- Yılmaz, Murat. (2023). Akdeniz bölgesindeki TR61, TR62 ve TR63 düzey-2 bölgelerinde 2007-2021 yılları arasında nüfusun gelişimi ve demografik yapının değişimi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(63), 29-55.
- <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>