



YAŞLI SORUNLARI ARAŞTIRMA DERGİSİ (YSAD)
Elderly Issues Research Journal (EIRJ)
18(2), 130-146, (2025)
ISSN 1308-5816
<http://dergipark.gov.tr/yasad>
DOI: 10.46414/yasad.1796030

DERLEME MAKALE

Avrupa ve Türkiye’de Yaşlı Bakım Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi: Türkiye İçin Bir Model Önerisi

Türkan AKYOL GÜNER¹ & Gökçe ULAMA

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Zonguldak – Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-0138-0669>

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Zonguldak – Türkiye

<https://orcid.org/0009-0003-6253-6628>

ÖZET

Bu çalışma, Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya’daki yaşlı bakım sistemlerini finansman, hizmet türü, erişilebilirlik ve kurumsal yapı kriterleri temelinde karşılaştırmalı olarak analiz etmektedir. Küresel düzeyde yaşanan nüfus, ülkeleri daha sürdürülebilir, erişilebilir ve etkin yaşlı bakım politikaları geliştirmeye zorlamaktadır. İncelenen ülkeler arasında İsveç ve Norveç, vergi tabanlı ve yerel yönetim merkezli modelleriyle dikkat çekerken; Almanya ve Hollanda, sigorta temelli uzun süreli bakım sistemleri ile yaşlı bireylere kapsamlı hizmetler sunmaktadır. Türkiye ise ağırlıklı olarak aile temelli bakım modeli ile hizmet vermekte; profesyonel hizmet kapasitesi ve kurumsal altyapı açısından sınırlılıklar göstermektedir. Çalışmada, Türkiye için uygulanabilir bir yaşlı bakım modeli önerilmiştir. Bu öneri, İsveç’in evde bakım ve yerel yönetim temelli yapısını; Hollanda’nın bireyselleştirilmiş ve toplum merkezli hizmet anlayışını temel almakta; aynı zamanda Türkiye’nin kırsal-kentsel farklılıkları, personel eksikliği ve geleneksel aile yapısı gibi özgün koşullarını dikkate almaktadır. Ayrıca sürdürülebilir bir finansman modeli için uzun süreli bakım sigortası sistemi önerilmektedir. Sonuç olarak, Türkiye’nin yaşlı bakım sisteminin dönüşümü, sadece hizmet altyapısının değil, aynı zamanda finansal mekanizmaların, mesleki standartların ve yönetim yapısının yeniden yapılandırılmasını gerektirmektedir.

MAKALE GEÇMİŞİ

Geliş 03 Ekim 2025

Kabul 20 Aralık 2025

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlı Bakımı
Karşılaştırmalı Sosyal Politika
Uzun Süreli Bakım Sigortası
Evde Bakım
Türkiye

Comparative Analysis of Elderly Care Models in Europe and Türkiye: A Model Proposal for Türkiye

ABSTRACT

This study comparatively analyzes elderly care systems in Türkiye, Sweden, the Netherlands, Norway, and Germany based on financing structures, service types, accessibility, and institutional frameworks. With the global increase in the aging population, countries are compelled to develop more sustainable, accessible, and effective elderly care policies. While Sweden and Norway stand out with tax-based and municipality-centered models, Germany and the Netherlands offer comprehensive services through insurance-based long-term care systems. Türkiye, however, predominantly relies on a family-based care model, with limited professional service capacity and institutional infrastructure. Drawing on international experiences, this study proposes a model for Türkiye that integrates Sweden’s home care and local government-centered approach with the Netherlands’ individualized and community-oriented service philosophy, while also considering Türkiye’s unique rural-urban disparities, workforce shortages, and traditional family structures. In addition, the establishment of a long-term care insurance system is suggested to ensure financial sustainability. The findings highlight that transforming Türkiye’s elderly care system requires restructuring not only service delivery but also financial mechanisms, professional standards, and governance frameworks. The study emphasizes that comparative analyses are essential for designing more inclusive, equitable, and sustainable care systems in the face of demographic transitions.

ARTICLE HISTORY

Received 03 Oct 2025

Accepted 20 Dec 2025

KEYWORDS

Elderly Care
Comparative Social Policy
Long-Term Care Insurance
Home Care
Türkiye

¹ Sorumlu Yazar e-mail: turkanaguner@beun.edu.tr

Makalenin Kaynak Olarak Gösterimi (Cite): Akyol Güner, T., & Ulama, G. (2025). Avrupa ve Türkiye’de yaşlı bakım modellerinin karşılaştırmalı analizi: Türkiye için bir model önerisi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD) / Elderly Issues Research Journal (EIRJ)*, 18(2), 130-146.

1.GİRİŞ

21. yüzyılda yaşlanma, demografik dönüşümün en önemli boyutlarından biri haline gelmiştir. Dünya nüfusu giderek yaşlanmakta ve bu süreç, sosyal refah sistemleri, sağlık hizmetleri ve ekonomik yapılar üzerinde çok yönlü etkiler yaratmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tahminlerine göre, 2050 yılına kadar dünya genelinde 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısı 1,5 milyarı geçecektir. Aynı dönemde, 80 yaş ve üzeri birey sayısının üç kat artarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (Grinin ve ark., 2023). Bu demografik değişim, yalnızca nüfus yapısını değiştirmekle kalmayıp, yaşlı bakım hizmetlerinin finansmanı, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği açısından sosyal devlet anlayışının yeniden tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır.

Yaşlanma her ülkede farklı hızda ilerlese de, özellikle OECD ülkeleri bu dönüşümü en güçlü biçimde yaşayan gruplar arasında yer almaktadır. OECD'nin "*Demographic Trends*" verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2021 yılında yaklaşık %18'dir ve bu oranın 2050 yılına gelindiğinde %27'ye ulaşması beklenmektedir (OECD, 2023). Bu demografik eğilim, yalnızca sağlık sistemleri üzerinde değil; emeklilik fonları, sosyal sigorta sistemleri ve uzun dönemli bakım hizmetleri üzerinde de ağır baskılar yaratmaktadır. Özellikle uzun süreli bakım hizmetlerinin artan maliyeti, refah devletlerinin finansman modellerini yeniden gözden geçirmesini zorunlu kılmaktadır (Witkowska & Kompa, 2024; Lee ve ark., 2023; Ordoñez Cruickshank vd., 2024).

Grinin ve arkadaşlarına (2023) göre, yaşlanmanın küresel etkileri yalnızca sosyal hizmet sistemlerinin kapasite sınırlarını zorlamakla kalmamakta; aynı zamanda yaşlılıkla ilişkili bakım açığı, ekonomik güvencesizlik, sağlık sistemi yükü ve yaş ayrımcılığı gibi yeni sosyal risk alanlarını da görünür kılmaktadır. Bu sorunlar, yaşlı bireylerin kırılganlığını artırırken, kuşaklar arası dayanışma ve sosyal adalet tartışmalarını da gündeme getirmektedir (Higo & Khan, 2015). Bu bağlamda yaşlanma, demografik bir olgunun ötesinde, refah rejimlerinin yapısal kapasitesini test eden bir süreç olarak ele alınmalıdır.

Türkiye özelinde ise yaşlanma süreci son on yılda belirgin biçimde hız kazanmıştır. TÜİK (2025) verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfus 2018 yılında 7,2 milyon iken 2023 yılında %21 artışla 8,7 milyona yükselmiştir. 2024 itibarıyla yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %10,6'ya ulaşmış ve Türkiye "yaşlı nüfuslu ülkeler" sınıfı-

na girmiştir. Ayrıca tek başına yaşayan yaşlı bireylerin oranı, kadınlarda %74,4 gibi dikkat çekici bir düzeye ulaşmıştır (TÜİK, 2025). Türkiye gibi geleneksel aile yapısının hâlâ etkili olduğu ülkelerde, yaşlı bakımının aile temelli kalma-ya devam etmesi hem kültürel hem ekonomik bir tercihtir (Degirmenci, 2022; Akkan & Canbazer Şanlı, 2023).

Türkiye'de yaşlı bakım sistemi büyük ölçüde aile temelli (semi-familialist) bir yapıya dayanmaktadır. Bakım sorumluluğu ağırlıklı olarak aile bireyleri—özellikle kadınlar—tarafından üstlenilmekte; devletin rolü ise çoğunlukla nakdi destek mekanizmalarıyla sınırlı kalmaktadır. Ancak demografik dönüşüm, kadınların iş gücüne katılımının artması, çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve kırsal-kentsel farklılıklar, bu modelin sürdürülebilirliğini ciddi biçimde sorgulamaktadır. Profesyonel bakım hizmetlerinin sınırlı olması, bölgesel erişim eşitsizlikleri ve uzun süreli bakım sigortasının bulunmaması, Türkiye'de mevcut bakım sisteminin yapısal yetersizliklerini ortaya koymaktadır.

Bu noktada, farklı yaşlı bakım sistemlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi, Türkiye gibi dönüşüm sürecindeki ülkeler için politika geliştirme açısından kritik önem taşımaktadır. İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya gibi Avrupa ülkeleri, farklı refah devleti modelleri çerçevesinde yaşlı bakım hizmetlerini kurumsallaştırmış ve sürdürülebilir finansman mekanizmaları geliştirmiştir (Higo & Khan, 2015; OECD, 2023). Ancak Türkiye literatüründe, bu ülkeleri aynı analitik çerçeve içinde ele alan, finansman yapısı, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal organizasyonu birlikte değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu ülkeler arasında yapılacak bir karşılaştırma, Türkiye için daha erişilebilir, bütüncül ve sürdürülebilir bir yaşlı bakım modelinin temellerini atmada rehber olabilir. Mevcut çalışmalar çoğunlukla tek ülke odaklı betimleyici analizlerle sınırlı kalmakta; Avrupa modellerinin Türkiye bağlamında uyarlanabilirliğini sistematik biçimde ele alan karşılaştırmalı ve model geliştirici araştırmalar literatürde önemli bir boşluk oluşturmaktadır.

Sonuç olarak yaşlı nüfusun artışı, yalnızca nüfus yapısını değil; sosyal politika, sağlık ekonomisi ve toplumsal ilişkiler alanlarında da kapsamlı bir yeniden yapılanmayı gerektiren küresel bir dönüşümü ifade etmektedir. Karşılaştırmalı ülke analizleri, sosyal hizmet sistemlerinin güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmek ve daha bütüncül bir model oluşturmak için vazgeçilmezdir.

Bu çalışma, Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya’daki yaşlı bakım sistemlerini finansman yapısı, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal yapı kriterleri temelinde karşılaştırmalı olarak analiz etmektedir. Ülke seçimi, yaşlı bakım politikalarının örgütlenmesi ve finansmanında farklı refah devleti rejimlerini temsil eden örnekler sunmaları temelinde yapılmıştır. Bu yaklaşım, yaşlı bakım sistemlerinin refah devleti tipolojileri bağlamında karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda çalışma, Türkiye’de yaşlı bakım hizmetlerinin yapısal dönüşümüne ve sürdürülebilirliğine yönelik kanıta dayalı bir politika perspektifi sunmayı amaçlamaktadır.

2.YÖNTEM

Bu çalışma, Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya’daki yaşlı bakım sistemlerini karşılaştırmalı sosyal politika analizi yaklaşımıyla incelemektedir. Literatür tarama yöntemi kullanılarak yaşlı bakım sistemleri; finansman yapısı, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal organizasyon kriterleri doğrultusunda incelenmiştir. Araştırma kapsamında 2010-2024 yılları arasında yayımlanmış ulusal ve uluslararası bilimsel makaleler, resmi raporlar ve politika belgeleri değerlendirilmiştir. Veri toplama sürecinde Web of Science, Scopus ve PubMed gibi hakemli uluslararası bibliyografik veri tabanlarının yanı sıra OECD, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) gibi kurumsal rapor ve politika belgeleri taranmıştır. Google Scholar ise hakemli bir bibliyografik veri tabanı olarak değil, gri literatürün ve ek kaynakların belirlenmesine yönelik destekleyici bir tarama aracı olarak kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında literatür taraması, Web of Science, Scopus ve PubMed veri tabanlarında gerçekleştirilmiştir. Tarama sürecinde “elderly care models”, “long-term care”, “home care”, “aging population”, “elderly policy”, “comparative welfare state models”, “Turkey”, “Sweden”, “Netherlands”, “Germany” ve “Norway” gibi İngilizce; “yaşlı bakımı”, “uzun süreli bakım”, “evde bakım”, “yaşlanma”, “refah devleti modelleri” ve “karşılaştırmalı sosyal politika” gibi Türkçe anahtar kelimeler kullanılmıştır. Google Scholar ise destekleyici bir ikincil tarama ortamı olarak değerlendirilmiştir. Kaynak seçimi sırasında, ülkelerin yaşlı bakım sistemlerine odaklanan, sosyal politika ve sağlık sistemleri bağlamında analizler içeren, güncel ve özgün çalışmalar tercih edilmiştir. Bu çalışma, sistematik derleme

değil; önceden tanımlanmış analitik kriterlere dayalı yapılandırılmış bir karşılaştırmalı derleme niteliğindedir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 2010–2024 yılları arasında yayımlanmış, Türkçe veya İngilizce dilinde yazılmış, yaşlı bakım sistemleri, uzun dönemli bakım, refah devleti modelleri ve sosyal hizmet sunumuna ilişkin bulgular içeren yayınlar olarak belirlenmiştir. Klinik yaşlı sağlığına odaklanan, 2010 yılı öncesinde yayımlanan, tam metnine erişilemeyen veya vaka raporu, kısa bildiri ve yorum yazısı formatındaki çalışmalar hariç tutulmuştur. Literatür taraması sonucunda toplam 45 yayın analiz kapsamına alınmıştır. Bu yayınların 14’ü doğrudan ülkeler arası karşılaştırmalı analiz sunarken, 16’sı tek ülke odaklı olmakla birlikte refah devleti rejimleri bağlamında karşılaştırmalı bir kuramsal çerçeveye dayanmaktadır. Kalan yayınlar ise demografik eğilimler, kavramsal yaklaşımlar ve ulusal politika bağlamı sunarak karşılaştırmalı analizi destekleyen tamamlayıcı kaynaklar olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen literatür, finansman yapısı, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal organizasyon başlıkları altında önceden belirlenen kategoriler doğrultusunda nitel içerik analizi yöntemiyle kodlanmış; bulgular ülkeler bazında tematik olarak karşılaştırılmıştır.

Analiz sürecinde karşılaştırmalı analiz yaklaşımı benimsenmiş ve her ülkenin yaşlı bakım sistemi; finansman yapısı, hizmet türleri ve kapsamı, erişilebilirlik, hizmet sunucusu kurumlar ile bakım kalitesi ve denetim mekanizmaları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalı değerlendirmede Esping-Andersen’in refah devleti sınıflandırması ve sosyal hizmet sunum modelleri temel teorik çerçeve olarak kullanılmıştır (Esping-Andersen, 1999). Bu kapsamda İsveç ve Norveç evrensel hizmet sunumuna dayalı sosyal demokrat refah rejimini temsil ederken; Almanya, zorunlu uzun dönemli bakım sigortasına dayalı korporatist bir modeli yansıtmaktadır. Hollanda, sosyal sigorta temelli yapısını korumakla birlikte, son reformlar doğrultusunda piyasalaştırma, bireyselleştirme ve yerel yönetimlere yetki devri unsurlarını içeren hibrit bir uzun dönemli bakım rejimi olarak değerlendirilmektedir. Türkiye ise aile temelli bakımın baskın olduğu, karma yapıda bir geçiş rejimi olarak ele alınmıştır.

Bu çalışmada karşılaştırma beş ana kriter üzerinden yürütülmüştür:

2.1.Finansman Yapısı

Hizmetlerin nasıl finanse edildiği - kamu vergileri, özel sigortalar, bireysel ödemeler veya hibrit modeller - ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Almanya uzun vadeli bakım sigortası sistemine sahipken, İsveç'te hizmetler doğrudan kamu tarafından vergiyle finanse edilmektedir (Le Bihan & Martin, 2006).

2.2.Hizmet Türleri ve Kapsamı

Evde bakım, kurumsal bakım, gündüz bakım merkezleri, destekli yaşam birimleri gibi hizmet türleri analiz edilmiştir. Hollanda ve Norveç bu çeşitliliği sistematik olarak sunarken, Türkiye'de bu hizmetlerin gelişim düzeyi bölgeler arasında farklılık göstermektedir (Tamutienė & Naujanienė, 2014).

2.3.Erişilebilirlik

Hizmetlerin coğrafi, ekonomik ve sosyal olarak kimlere ne ölçüde sunulabildiği değerlendirilmiştir. Alt yapının yaygınlığı, hizmetin ücretli/ücretsiz olması ve dezavantajlı grupların erişimi bu başlık altında incelenmiştir (Di & Wang, 2025).

2.4.Hizmet Sunucusu Kurumlar

Hizmetlerin merkezi hükümet, yerel yönetimler, özel kuruluşlar ya da STK'lar tarafından mı sağlandığı belirlenmiştir. İsveç ve Norveç'te belediyeler ön planda iken, Türkiye'de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ağırlıklı rol oynamaktadır.

2.5.Bakım Kalitesi ve Denetimi

Personel eğitimi, denetim mekanizmaları, kullanıcı memnuniyeti ve bakım protokolleri sistemlerin kalite ölçütleriyle kıyaslanmasını sağlamıştır. Almanya, kalite değerlendirme ve bakım sertifikasyonu açısından öncü örneklerden biridir (Le Bihan & Martin, 2006).

3.ÜLKE İNCELEMELERİ

3.1.Türkiye'de Yaşlı Bakım Uygulamaları

Türkiye'de nüfusun yaşlanma hızı, OECD ülkeleriyle kıyaslandığında daha genç bir başlangıç noktasına sahip olmasına rağmen oldukça hızlı seyretmektedir. 2022 yılında 65 yaş üstü bireylerin nüfus içindeki oranı %9,9 iken, 2023 yılında bu oran %10,2'ye yükselmiştir ve 2050 yılına kadar %16'nın üzerine çıkması beklenmektedir (TÜİK, 2024). Kadınların yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olması, yaşlı nüfusun cinsiyet yapısında kadın ağırlığını beraberinde getirmiştir. Tek başına yaşayan yaşlı kadınların oranı erkeklere kıyasla çok daha yüksektir ve bu durum sosyal destek ihtiyacını artırmaktadır (Degirmenci, 2022).

Sosyal pozisyon kaybı, ekonomik kırılganlık, kronik hastalıkların artışı ve yalnız yaşama oranlarının yükselmesi, yaşlıların daha fazla kurumsal ve yarı kurumsal bakım ihtiyacına yöneldiğini göstermektedir. Kurtkapan (2019), yaşlı bireylerin yaşam süresinin artmasıyla birlikte, bağımlılık oranlarının da arttığını ve bu durumun ailelerin bakım kapasitesini zorladığını belirtmektedir. Türkiye'de yaşlı bireyler için sunulan kurumsal hizmetler genellikle huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri kapsamında sunulmaktadır. Bu hizmetlerin bir kısmı kamu tarafından, bir kısmı da özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Devlet destekli bakım tesislerinin sayısı yıllar içinde artmakla birlikte, kapasite ve erişilebilirlik açısından hâlen sınırlı olduğu görülmektedir.

Degirmenci (2022), Türkiye'nin uzun dönemli bakım rejimini "aileye dayalı" ya da "yarı ailevi" (semi-familialist) olarak tanımlamaktadır. Buna göre, bakımın büyük kısmı aileye bırakılmış olup, devlet yalnızca bazı hizmetleri destekleyici pozisyonda kalmaktadır. Mevcut huzurevleri ağı hem bölgesel hem de ekonomik anlamda eşit dağılmamaktadır ve bu durum erişim adaletsizliğine neden olmaktadır.

Evde bakım hizmetleri, Türkiye'de son yıllarda yaygınlaştırılmaya çalışılan bir modeldir. TÜİK'in (2023) verilerine göre, 2023 yılında 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %16,4'ü evde bakım desteğine ihtiyaç duymaktadır. Ayrıca, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın (ASPB, 2023) istatistiklerine göre, Mayıs 2023 itibarıyla evde bakım yardımından yararlanan kişi sayısı 570.166'ya ulaşmış olup bu rakam 2007 yılına kıyasla yaklaşık 19,9 kat artış göstermektedir. Mevcut verilere göre, evde bakım desteği alan hanelerin yalnızca %9,6'sı ücret karşılığı profesyonel bakım hizmetine erişebilirken, %90,4'ü herhangi bir evde sağlık veya bakım hizmetinden yararlanamamıştır (TÜİK, 2024). Bu durum, Subaşı, Zafer ve Öztekin (2006) Ankara örneğinde yürüttüğü çalışmada olduğu gibi bakımın büyük ölçüde aile kaynaklı -özellikle kadınlar- tarafından sağlandığı görülmektedir. Bu durum, kadınların iş gücüne katılımını da olumsuz etkileyen bir yapısal bir engel yarattığı literatürde ifade edilmektedir.

Degirmenci (2022), Türkiye'nin bakım rejiminde devletin "nakdi yardım" şeklinde sınırlı katılımını "nakit karşılığı bakım (cash-for-care)" sistemi olarak değerlendirerek, bu modelin sürdürülebilirlik açısından yetersiz kaldığını ileri sürmektedir. Devletin bakım hizmetlerinde kurumsal kapasiteyi geliştirmek yerine, aileyi desteklemeye

dayalı bir model inşa etmesi, bakım yükünü kadınlar üzerinde daha da artırmaktadır.

Türkiye’nin yaşlı bakım hizmetlerinde en önemli yapısal sorunlardan biri, bölgesel eşitsizliktir. Batı ve büyükşehirlerde bakım hizmetleri nispeten daha erişilebilirken, Doğu ve kırsal bölgelerde hem kurumsal hem evde bakım hizmetlerinin bulunurluğu oldukça sınırlıdır (Kurtkapan, 2019). Bu eşitsizlikler sadece hizmete ulaşımı değil, hizmet kalitesini de doğrudan etkilemektedir.

Güncel literatür, Türkiye’nin yaşlanan nüfusuna karşılık gelecek yıllarda bakım sistemini genişletmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Hem kurumsal altyapının artırılması hem de bakım personelinin profesyonelleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bakım sigortası, belediye temelli hizmet ağları ve yaş dostu şehircilik gibi yenilikçi politikaların devreye girmesi önerilmektedir (Akkan & Canbazer Şanlı, 2023).

3.2.İsveç’te Yaşlı Bakım Uygulamaları

İsveç yaşlı bakım sistemi, Avrupa’daki en belirgin yerel yönetim merkezli modellerden biridir. Ülke genelinde yaşlılara yönelik bakım hizmetleri büyük ölçüde 290 belediye tarafından yürütülmekte olup, bu belediyeler kendi yerel vergilerini toplayarak hizmet bütçelerini oluşturur (Szebehely & Trydegård, 2012). Merkezi hükümetin rolü daha çok yasa koyuculuk, sübvansiyon ve denetim mekanizmaları ile sınırlıdır. Yerel düzeydeki politikacılar hizmetlerin kapsamı, kalitesi ve hedef kitlesi hakkında doğrudan karar verme yetkisine sahiptir (Fransson ve ark., 2008).

İsveç’te yaşlı bakım sistemi üç ana yönetime dayanır: merkezi hükümet, bölgesel konseyler (sağlık hizmetleri) ve belediyeler (sosyal hizmetler). Bu yapı, ihtiyaç temelli bakım hizmetlerinin bireyselleştirilmesine ve yerel koşullara uygun çözümler geliştirilmesine olanak tanır (Szebehely & Trydegård, 2012). Yasal çerçeve, 1982 yılında kabul edilen Sosyal Hizmetler Yasası ile belirlenmiştir. Bu yasa, herkesin yaşam boyu makul düzeyde bakım alma hakkını garanti altına alır, ancak belirli hizmetler yerine genel prensiplere dayanır.

İsveç’te yaşlı bakım hizmetleri esas olarak evde bakım modeli üzerine kurulmuştur. Belediyeler, yaşlı bireylerin kendi evlerinde mümkün olduğunca uzun süre yaşamalarını desteklemek amacıyla evde kişisel bakım, ev işleri yardımı ve hemşirelik hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler ihtiyaç temelli olarak değerlendirilir ve bir sosyal hizmet görevlisinin denetiminde planlanır (Szebehely & Trydegård, 2012).

Evde bakımın yanı sıra, “özel güvenli konutlar” (special housing units) ve “hizmet evleri” (service houses) gibi alternatif yaşam alanları mevcuttur. Bu birimler, fiziksel olarak bağımsız ama sosyal destek ihtiyacı olan yaşlı bireyler için uygundur. Bu yapılarda genellikle 7/24 personel hizmeti, sosyal aktiviteler ve toplu yemek imkânları sunulmaktadır (Edebalk, 2010). Ancak 2000’li yılların ortalarından itibaren bu tesislerin kapsamı daraltılmış ve daha yüksek düzeyde bağımlı bireylere odaklanan bir politikaya geçilmiştir.

İsveç yaşlı bakım sisteminde, bakım sürecine farklı meslek gruplarından profesyonellerin katılması önemli bir ilkedir. Sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, fizyoterapistler ve evde bakım personelinin oluşan çok disiplinli ekipler, yaşlının hem fiziksel hem de psikososyal ihtiyaçlarına göre bir hizmet planı hazırlar (Fransson ve ark., 2008). Bu ekip çalışması, hizmetin bireyselleştirilmesi ve bütüncül bakım anlayışının yerleşmesini sağlar.

Ayrıca hizmetlerin koordinasyonu belediyelerce geliştirilen dijital platformlar üzerinden yürütülmekte, böylece farklı hizmet sağlayıcılar arasında veri paylaşımı ve izleme süreçleri kolaylaştırılmaktadır. Bu entegrasyon modeli, hem hizmetin kalitesini artırmakta hem de kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamaktadır.

İsveç’te yaşlı bakım sistemi büyük ölçüde vergi tabanlı bir finansman modeline dayanmaktadır. Belediyeler yerel vergiler toplar, merkezi hükümet ise belirli oranlarda sübvansiyon sağlar. Kullanıcı katkı payları oldukça düşüktür ve bireylerin gelir düzeyine göre belirlenir. 2011 yılında yürürlüğe giren reformla birlikte, aylık kullanıcı katkısı üst limiti 1712 SEK (yaklaşık 184 EUR) olarak belirlenmiştir (Szebehely & Trydegård, 2012). Bu yapı, hizmetlerin herkes tarafından erişilebilir olmasını hedefleyen evrenselcilik ilkesine uygundur.

Ancak son yıllarda, sistemin özelleştirilmesi yönünde adımlar atılmış ve özel sağlayıcıların da kamu fonlarıyla hizmet sunmalarına izin verilmiştir. 2009 yılında kabul edilen “Müşteri Tercih Sistemi Yasası” (Customer Choice Act), bireylerin belediye hizmet sağlayıcısı yerine özel firmaları seçmesine olanak tanımıştır (Szebehely & Trydegård, 2012). Aynı zamanda evde bakım ve temizlik hizmetleri için %50 vergi indirimi gibi teşvikler devreye sokulmuş, bu da yüksek gelirli yaşlı bireylerin özel sektöre yönelmesine neden olmuştur.

İsveç modeli uzun yıllar boyunca “evrensel hizmet erişimi” ilkesine uygun olarak tüm yaşlılara

eşit hizmet sunmayı hedeflemiştir. Ancak son yıllarda uygulamaya konulan daraltıcı ve hedeflenmiş politikalar, bu ilkenin aşınmasına neden olmuştur. Özellikle düşük gereksinimli yaşlı bireyler için kamu hizmetlerinin kapsamı daraltılmış ve bu boşluk aile bakımına veya özel sektöre bırakılmıştır (Szebehely & Trydegård, 2012).

Düşük eğitilmiş ve düşük gelirli bireylerin kamu hizmetlerine olan erişimi azalmış; buna karşın daha yüksek gelirli bireyler vergi teşviklerinden faydalanarak özel hizmetleri tercih etmeye başlamıştır. Bu gelişme, İsveç'te sosyal hizmetlerin sınıfsal temelli ayrışma riskiyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

3.3.Hollanda'da Yaşlı Bakım Uygulamaları

Hollanda, yaşlı bakımında dünyada en gelişmiş uzun süreli bakım (long-term care, LTC) sistemlerinden birine sahiptir. 1968 yılında yürürlüğe giren Genel Uzun Süreli Bakım Yasası (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), bu alanda evrensel kapsam sağlayan ilk sosyal sağlık sigortası sistemlerinden biri olmuştur (van Ginneken ve ark., 2012). Bu sistem kapsamında evde bakım, kurumsal bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra, demans ve ağır ruhsal bozukluklar gibi durumlarda gerekli olan uzun süreli ruh sağlığı ve psikiyatrik bakım hizmetleri de sigorta kapsamında karşılanmıştır.

AWBZ sistemi, 2015 yılında yerini Uzun Süreli Bakım Yasası'na (Wlz) bırakmıştır. Bu yasa, yalnızca ağır bakım ihtiyacı olan bireyleri kapsamakta; hafif ve orta düzeyde destek ihtiyacı ise Belediye Düzeyinde Sosyal Destek Yasası (WMO) ve Temel Sağlık Sigortası Yasası çerçevesinde karşılanmaktadır (Kroneman vd., 2016). Bu reformlar, bakım hizmetlerini daha yerel ve toplum temelli hale getirmeyi hedeflemiş; bireylerin kurumlara yerleştirilmeden kendi evlerinde kalmalarını teşvik etmiştir. Bu kapsamda, başvuranların yalnızca tıbbi durumları değil, aynı zamanda gelir düzeyi ve hane yapısı da değerlendirme ölçütü haline gelmiştir (van Campen vd., 2013).

Hollanda'da uzun süreli bakım sigortası, her vatandaşın zorunlu olarak dahil olduğu bir sistemdir. Vergi benzeri katkılarla finanse edilen bu yapı, gelir düzeyine göre belirlenen katkı paylarıyla hizmetlerin erişilebilirliğini korumayı amaçlar. Uzun süreli bakım, bireylerin bakım ihtiyacına göre sınıflandırılan "bakım bağımlılığı paketleri" ile karşılanır. Bu paketlerde, bireyin fiziksel, zihinsel ya da bilişsel yetersizlik düzeyi ve tanısı (örneğin demans) dikkate alınarak ödenekler belirlenir (van Ginneken vd., 2012). Ancak bazı uzmanlar, özellikle karmaşık durumlar için bu

standart bütçelerin yetersiz kaldığını ve kurumların bu açığı başka kategorilerden finanse etmeye çalıştığını belirtmektedir (Boer & de Klerk, 2023). Bu sorunları çözmek için Hollanda Sağlık Bakanlığı tarafından, ileri düzey bakım hizmetleri sunan "uzmanlık merkezleri" ve "bilgi merkezleri" gibi yapılar kurulmuştur.

Toplum temelli bakım, son yıllarda Hollanda yaşlı bakımının temel taşı haline gelmiştir. Yerel yönetimler (belediyeler), yaşlı bireylerin olabildiğince uzun süre evde kalmasını desteklemek amacıyla sosyal hizmet desteği, gönüllü hizmetleri, mahalle hemşireliği ve günlük yaşam desteği gibi çeşitli hizmetler sağlamaktadır. 2004 ile 2011 yılları arasında toplum temelli hizmetlerde yapısal değişiklikler yaşanmış; yüksek gelirli bireylerin bakım kullanımı azalmış, tek başına yaşayan yaşlılar ise daha fazla hizmet talep etmeye başlamıştır (van Campen vd., 2013). Bu değişim, hizmet değerlendirme kriterlerinin daha kişiselleştirilmiş hale geldiğini ve gelir-hane yapısının karar süreçlerinde daha fazla rol oynadığını göstermektedir.

Kurumsal bakım, Hollanda yaşlı bakımının önemli bir bileşeni olmayı sürdürmektedir. Ancak bu bakım yalnızca ileri düzey bağımlılığı olan bireyler için ayrılmıştır. Kurumsal bakım tesisleri genellikle uzmanlık merkezlerine bağlıdır ve içlerinde çok disiplinli ekipler çalışmaktadır. Bu ekiplerde yaşlı bakım hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler, psikologlar, meslek terapistleri ve sosyal hizmet uzmanları gibi profesyoneller birlikte görev alır. Bu yapı, birey merkezli ve bütüncül bakım modeli çerçevesinde hizmet sunulmasını mümkün kılar (Boer & de Klerk, 2023).

Özellikle ileri düzey zihinsel ve fiziksel zorluk yaşayan yaşlılar için kurulan "uzmanlık merkezleri" (Centers of Expertise) ve "bilgi merkezleri" (Knowledge Centers), hem bakım hizmetlerini hem de bu hizmetlere ilişkin araştırma ve eğitim faaliyetlerini yürütmektedir. Bu merkezler, sadece hasta bakımı değil, aynı zamanda sağlık çalışanlarına yönelik eğitim ve akademik araştırmalar da gerçekleştirmektedir. Hollanda'daki "SANO" konsorsiyumu, bakım kalitesini artırmak amacıyla üniversiteler, uygulamalı bilimler yüksekokulları ve sağlık kurumlarının bir araya geldiği bir akademik ağ oluşturmuştur (Boer & de Klerk, 2023).

Gündüzlü bakım merkezleri, yaşlıların sosyal izolasyonunu önlemek, bakım veren aile üyelerini desteklemek ve uzun süreli kurum bakımına geçişi geciktirmek amacıyla önemli bir işlev görür. Bu merkezlerde yemek hizmeti, sosyal etkinlikler, sağlık kontrolü ve gerektiğinde hemşirelik

desteği verilmektedir. Günlük merkezler, özellikle demans hastaları için uzmanlaşmış programlar sunmakta; bu bireylerin güvenli bir ortamda günlerini geçirmelerini ve zihinsel becerilerini korumalarını hedeflemektedir.

Hollanda’daki yaşlı bakım reformlarının temel hedefi, hizmetleri bireyin yaşam alanına mümkün olduğunca entegre etmek ve kurumsallaşmayı son çare olarak kullanmaktır. Ancak bu hedefin uygulanmasında bazı çelişkiler ve eşitsizlikler de doğmuştur. Özellikle ileri düzey ihtiyacı olan yaşlı bireyler için kaynaklar kısıtlı kalmakta, hizmet sağlayıcılar mali sürdürülebilirlik konusunda zorlanmaktadır. Gelir düzeyine göre hizmete erişimde meydana gelen değişiklikler, toplumsal eşitlik açısından da eleştirilmiştir (van Campen *vd.*, 2013).

Sonuç olarak, Hollanda yaşlı bakım modeli, uzun süreli bakım sigortası sayesinde evrensel erişim sunarken, aynı zamanda hizmetlerin yerelleştirilmesi ve birey temelli hale getirilmesini hedefleyen çok katmanlı bir sistem sunmaktadır. Evde bakım, gündüzlü merkezler ve kurumsal bakım üçlüsü, profesyonel ekipler ve akademik araştırma ile desteklenen bir yapı içerisinde sunulmaktadır. Ancak sistemin sürdürülebilirliği için finansman modelleri, hizmet kalitesi ve erişim eşitliği konularında sürekli reform ihtiyacı devam etmektedir.

3.4.Norveç’te Yaşlı Bakım Uygulamaları

Norveç, sosyal demokrat refah devleti anlayışının güçlü biçimde uygulandığı İskandinav ülkelerinden biridir. Yaşlı bakımı, bu refah sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak merkezi hükümet tarafından finanse edilse de uygulama yetkisi büyük oranda yerel yönetimlere, yani belediyelere devredilmiştir. Bu desantralize yapı, bireyin yaşadığı çevrede bakım almasını esas alır (Jacobsen & Mekki, 2012). Refah devletinin “evrenselcilik” ilkesine uygun olarak, yaşlılara sunulan sağlık ve sosyal hizmetler gelir, yaş, hastalık türü ya da konum farkı gözetmeksizin herkese eşit erişim sağlayacak şekilde organize edilmiştir (Barstad, 2014).

Norveç yaşlı bakım sisteminde temel üç hizmet tipi öne çıkar: Evde bakım (home care), gündüz bakım merkezleri (day care) ve kısa süreli kurumsal bakım (short-term institutional care). Evde bakım hizmetleri, alışveriş, temizlik ve kişisel bakım gibi temel günlük desteklerden, ileri düzey tıbbi müdahalelere kadar geniş bir yelpazeyi kapsar. Her belediye, bu hizmetleri organize etmekle sorumludur. Son dönemde bazı büyük şehirlerde evde bakım faaliyetleri özel sektörle iş

birliği içinde yürütülmeye başlanmıştır (Jacobsen & Mekki, 2012). Ancak gece hizmetleri gibi daha maliyetli alanlar halen kamuya ait olup özel sektöre bırakılmamaktadır.

Gündüz bakım merkezleri, özellikle demans gibi bilişsel bozuklukları olan yaşlılar için sosyal etileşim ortamı sağlamayı, aile bireylerini desteklemeyi ve kurumsal bakım ihtiyacını geciktirmeyi amaçlar. Bu merkezlerde yemek, sosyal aktiviteler, hafif fiziksel egzersizler ve hemşirelik kontrolleri sağlanır. Son yıllarda bu merkezler, aktif yaşlanma ve dijital bakım teknolojileri gibi yeni politikalarla desteklenmiştir (Ervik, 2019).

Kısa süreli bakım hizmetleri, yaşlı bireylerin geçici bir süre ile hastane dışı bir ortamda izlenmesini sağlar. Bu hizmet, taburcu sonrası bakım, palyatif destek ya da geçici barınma ihtiyaçlarını kapsar. Bu birimler, hastaneye kıyasla daha düşük maliyetli olup bireyin kendi çevresine yakın kalmasına olanak tanır. Ayrıca belediyeler arası hasta sevki veya yer darlığı gibi nedenlerle bu tür bakım türü sıklıkla tercih edilir (Jacobsen & Mekki, 2012).

Norveç’in merkezi refah sistemi, “Folketrygden” adı verilen evrensel sosyal sigorta ile finanse edilir. Bu sistem, emeklilik gelirlerinden hastane hizmetlerine kadar birçok sosyal hakkı kapsar ve yaşlıların bakım hizmetlerine ulaşımında mali engelleri azaltır. Yerel yönetimlere merkezi bütçeden kaynak aktarılır ve bu ödenekler hizmet sunumunda ulusal eşitliği sağlamaya yöneliktir. Ancak bazı araştırmalar, belediyeler arasında yaşlı bakım hizmetlerinin kalitesinde farklılıklar olduğunu ve bu farklılıkların büyük ölçüde merkezi kaynak tahsisine bağlı olduğunu göstermektedir (Martens, 2018).

Yerel yönetimler, hizmetlerin özelleştirilmesi ve etkinleştirilmesi süreçlerinde önemli rol oynar. Bu bağlamda, bazı belediyeler özel sektörle iş birliği içinde hizmet sunarken, diğerleri yalnızca kamu kaynaklı çözümleri benimsemektedir. Bu farklılaşma, politik liderliğin gücü, belediye büyüklüğü ve yerel altyapıya bağlı olarak değişir. Hopland (2014), büyük ve zayıf liderlik yapısına sahip belediyelerin merkezi yapıları tercih ettiğini; küçük ve güçlü liderlikte ise desantralize yapının hâkim olduğunu saptamıştır.

Norveç’in yaşlı bakım politikaları aynı zamanda “aktif bakım (active care)” ve “bakım teknolojisi” gibi yenilikçi yaklaşımlarla desteklenmektedir. Aktif bakım kavramı, yaşlı bireyin pasif alıcı olmaktan çıkıp karar süreçlerine katıldığı, kendi kapasitesini korumaya yönelik faaliyetlere yönlendirildiği bir bakım modelini ifade eder (Ervik, 2019). Dijital bakım sistemleri ve ev içi teknolojik

desteklerle yaşlıların bağımsız yaşam sürmesi hedeflenmektedir.

Kurumsal bakım tesisleri (huzurevleri) Norveç'te Avrupa ortalamasına göre daha yaygındır. Ancak bu tesisler sadece ileri düzey sağlık sorunu olan bireyler için ayrılmıştır. Bu yönüyle Norveç modeli, bireylerin yüksek teknolojiye dayalı hastane sistemlerinden ziyade kendi toplum çevresinde, tanıdık bir ortamda yaşamlarını sürdürmesini teşvik eder. Huzurevlerinde bile "mini-hastane" olarak tanımlanan ileri tıbbi bakım üniteleri oluşturulmuş; bu birimlerde solunum desteği ve yoğun bakım benzeri hizmetler sağlanmaktadır (Jacobsen & Mekki, 2012).

Norveç toplumunda yaşlı bireylerin bakımında aile rolü oldukça sınırlıdır. Refah devleti yapısı, yaşlının bakımının kamu hizmeti olarak görülmesini sağlamış; dolayısıyla aile bireylerinin sorumluluğu görece azalmıştır. Bu yönüyle Norveç modeli, kültürel olarak "devlet sorumluluğu" anlayışı üzerine inşa edilmiştir. Ancak son yıllarda demografik baskılar ve mali sürdürülebilirlik kaygıları nedeniyle, gönüllü kuruluşlar ve özel aktörlerin bakım süreçlerine daha fazla dahil edilmesi tartışılmaktadır (Ervik, 2019).

Özetle, Norveç'te yaşlı bakım sistemi merkezi bir refah politikası çerçevesinde evrensel erişim sunmakta, ancak uygulamada belediyelerin rolü oldukça büyüktür. Evde bakım, gündüzlü bakım ve kısa süreli kurumsal bakım üçgeni, bu sistemin temelini oluşturur. Hizmetlerin kişiselleştirilmesi, aktif yaşlanma yaklaşımları ve dijital çözümlerle desteklenmesi, Norveç modelini diğer ülkelerden ayıran temel unsurlardır. Ancak kaynak dağılımı, yerel farklılıklar ve hizmet kalitesindeki değişkenlikler, bu modelin sürekli olarak izlenmesini ve güncellenmesini gerekli kılmaktadır.

3.5.Almanya'da Yaşlı Bakım Uygulamaları

Almanya, 1995 yılında yürürlüğe giren "Uzun Süreli Bakım Sigortası" (Pflegeversicherung) ile yaşlı bakımını sosyal güvenlik sistemine entegre eden ilk ülkelerden biri olmuştur. Bu sigorta sistemi, bireylerin fiziksel ya da zihinsel yetersizlik nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duymaya başlaması halinde hem maddi destek hem de hizmet bazlı yardım alabilmesini amaçlamaktadır (Geraedts *vd.*, 2002). Prim esaslı işleyen bu yapı, çalışanlar ve işverenler tarafından eşit oranlarda finanse edilmekte olup, tüm bireylerin temel düzeyde bakım hizmetlerine erişimini güvence altına alır.

Almanya'daki bakım sigortası üç ana hizmet kategorisi sunar: Evde bakım (häusliche Pflege),

kısmi yatılı bakım (teilstationäre Pflege) ve tam yatılı bakım (stationäre Pflege). Evde bakım hizmetleri, bireyin kendi konutunda sürdürülen günlük destekler ile profesyonel hemşirelik ve sağlık hizmetlerinden oluşur. Bu sistemde birey, "nakdi yardım" tercihinde bulunarak bakım hizmetini bir aile üyesinden alabilir ya da "aynı yardım" kapsamında sertifikalı bakım sağlayıcılarından profesyonel destek talep edebilir (Schneekloth & Müller, 2000). Sigorta, kişinin ihtiyacına göre her ay belirli bir tutarı doğrudan hizmet sağlayıcılara aktarır.

Kısmi yatılı bakım hizmetleri, bireyin günün belirli saatlerinde bakım merkezlerine gitmesini kapsar. Bu hizmet türü, gündüzlü bakım merkezlerinde sosyal etkinlikler, fizyoterapi, hafıza destek programları ve temel sağlık kontrolleri gibi hizmetlerle yapılandırılmıştır. Özellikle demans hastaları ve yalnız yaşayan yaşlılar için bu merkezler, hem sosyal izolasyonu azaltma hem de aile bireylerinin üzerindeki yükü hafifletme açısından önemli işlev görür (Heinze *vd.*, 1996).

Tam yatılı bakım hizmetleri, ileri düzey sağlık ya da bilişsel sorunları olan bireyler için 24 saat destek sağlayan kurumsal yapıdaki bakım evlerini kapsar. Almanya'da huzurevleri (Pflegeheime), federal düzeyde düzenlenmiş standartlara tabidir ve her bir kurumun "bakım anlaşması" (Versorgungsvertrag) imzalanması zorunludur. Bu sözleşmeler, fiyat denetimi, hizmet kalitesi, personel nitelikleri ve tesis donanımı gibi hususları belirleyerek, kamu kaynaklarının etkin kullanımını güvence altına alır (Geraedts *vd.*, 2002).

Almanya'nın yaşlılara yönelik sosyal politika yapısında dikkat çeken uygulamalardan biri "Üç Kuşak Evleri" (Mehrgenerationenhäuser) programıdır. Bu yapılar, doğrudan bakım hizmeti sunmaktan ziyade, yaşlı bireylerin sosyal katılımını artırmayı, kuşaklar arası etkileşimi güçlendirmeyi ve toplumsal dayanışmayı desteklemeyi amaçlayan tamamlayıcı sosyal destek modelleri olarak konumlandırılmaktadır. Aile yaşamını ve topluluk temelli desteği güçlendiren bu programlar, yaşlı bireylerin gündelik yaşamda sosyal izolasyon riskini azaltmayı ve resmi bakım hizmetlerine olan ihtiyacı geciktirmeyi hedeflemektedir. Buna ek olarak Almanya'da yaşlı rezidansları, bağımsız yaşam ile profesyonel desteğin bir arada sunulduğu esnek yaşam ve destek modelleri olarak öne çıkmaktadır. Bu yapılarda yaşlı bireyler kendi yaşam alanlarında bağımsızlıklarını korurken, ortak kullanım alanlarında sosyal etkinliklere katılabilmekte ve ihtiyaç duydukları bakım ve destek hizmetlerine erişebilmektedir. Bu yaklaşım, bireysel özerkliği korurken

güvenli ve destekleyici bir yaşam ortamı sunmaktadır (Wiener & Stevenson, 1998).

Ayrıca, Almanya’da hospisler (Hospize) de yaşlı bakım sisteminin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Özellikle yaşam sonu bakım (palyatif bakım) hizmetlerinin verildiği bu kurumlar, bireyin ağrısız, huzurlu ve insan onuruna yakışır bir şekilde yaşamının son dönemini geçirmesini hedefler. Hospis hizmetleri, sigorta kapsamındaki desteklerle finanse edilir ve dini kurumlar ya da hayırsever kuruluşlar tarafından da yaygın şekilde sunulur.

Ancak Almanya’daki sistemin temel eleştirisi, tıbbi ve sosyal bakım alanlarının halen kurumsal olarak ayrılmış olmasıdır. Sağlık hizmetleri hastane ve doktorlar aracılığıyla, sosyal bakım ise uzun süreli bakım kurumları ve sigorta fonları yoluyla sunulmaktadır. Bu ayrım, özellikle demans gibi karmaşık sağlık sorunlarına sahip bireyler için bütüncül bakım yaklaşımlarının uygulanmasını zorlaştırmaktadır (Geraedts *vd.*, 2002). Ayrıca, sigorta kapsamındaki yardımların sabit bir tavan tutarla sınırlandırılması, bakım ihtiyacı ağır olan bireyler için ek mali yük anlamına gelmektedir.

Bu noktada, bakım fonlarının (Pflegekassen) sistem içindeki rolü belirleyicidir. Her birey, sigortaya başvurduğunda bir sağlık kurulu tarafından değerlendirilir ve ihtiyaç düzeyine göre bir bakım seviyesi (Pflegestufe, daha sonra Pflegegrad olarak revize edilmiştir) atanır. Bu değerlendirme sonucunda bireye sağlanacak maddi yardım ve hizmetin düzeyi belirlenir. Ancak değerlendirme süreçleri bazen öznel bulunmakta ve hastalıkların sosyal boyutları yeterince dikkate alınmamaktadır (Geraedts *vd.*, 2002).

Almanya’da yaşlı bakım hizmetleri yoğun biçimde kar amacı gütmeyen kurumlar (diakonik kurumlar, Caritas vb.) tarafından sunulmaktadır. Bunun yanında özel sektör hizmet sağlayıcılarının sayısı da artmıştır. Federal hükümet, bakım sektöründeki arzı teşvik etmek amacıyla hizmet sağlayıcıların sayısını artırmakta, ancak kalite standartlarını da sıkı denetim altında tutmaktadır. Her yeni hizmet sağlayıcı, bakım fonları ile hizmet sözleşmesi imzalamadan hizmet sunmamaktadır (Heinze *vd.*, 1996).

Demografik projeksiyonlara göre, Almanya’da 2030 yılına gelindiğinde her üç kişiden biri 60 yaş üstünde olacaktır. Bu bağlamda bakım hizmetlerinin mali sürdürülebilirliği de tartışma

konusudur. 2025 itibarıyla katkı oranının %2.4’ten %2.8’e çıkarılması gündeme gelmiştir. Ancak bu artış, işverenlerin yanı sıra siyasi partiler tarafından da çekinceyle karşılanmaktadır (Wiener & Stevenson, 1998).

Sonuç olarak Almanya, uzun süreli bakım sigortasıyla yaşlı bireylerin hem kurumsal hem de ev temelli bakım hizmetlerine erişimini sağlayan yapısal bir reform gerçekleştirmiştir. Sistem, aile bakımına verdiği destek, profesyonel hizmetlere sağladığı finansman ve çok yönlü hizmet çeşitliliği ile Avrupa’daki en kapsamlı yaşlı bakım modellerinden biridir. Ancak tıbbi ve sosyal bakım arasındaki yapısal ayrım, hizmetlerin entegrasyonu açısından geliştirmeye açık bir alandır. Ayrıca bakım sigortasının getirdiği haklar, temel düzeyde bir güvence sunsa da ağır bakım gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kalabilmektedir.

4.KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ

Yaşlı bakım sistemleri, her ülkenin tarihsel refah devleti modeline, demografik yapısına ve politik tercihine göre şekillenmektedir. Bu bağlamda Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya’nın yaşlı bakım sistemlerinin karşılaştırılması, sistemler arası yapısal benzerlikleri ve farkları ortaya koymak açısından önemlidir. Bu bölümde karşılaştırma; finansman modeli, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal yapı temelinde yapılmakta olup, ülkeler arası benzerlik ve farklılıkların Türkiye açısından politika çıkarımları tartışılmaktadır.

Karşılaştırmalı analiz, yalnızca yapısal ve kurumsal göstergelerle sınırlı tutulmamış; aile bakımının sistem içindeki rolü ile profesyonel/formal bakım düzeyi de analitik kriterler olarak değerlendirmeye dahil edilmiştir. Aile bakımının rolü, bakım sorumluluğunun ne ölçüde hane içinde üstlenildiğini ve bakım yükünün aile bireyleri üzerindeki yoğunluğunu yansıtırken; profesyonel/formal bakım düzeyi, bakım hizmetlerinin eğitilmiş ve sertifikalı personel tarafından, kurumsal yapılar aracılığıyla sunulma derecesini ifade etmektedir. Bu iki gösterge, bakım modellerinin toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, bakım emeğinin kurumsallaşması ve hizmetlerin sürdürülebilirliği üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak değerlendirebilmek açısından kritik öneme sahiptir.

Tablo 1. Türkiye ve seçilmiş Avrupa ülkelerinde yaşlı bakım sistemlerinin karşılaştırılması

Kriter	Türkiye	İsveç	Hollanda	Norveç	Almanya
Finansman Yapısı	Karma (kamu + özel + bireysel katkı)	Vergi tabanlı	Zorunlu uzun süreli bakım sigortası (WLZ)	Vergi tabanlı	Uzun süreli bakım sigortası
Hizmet Türleri ve Kapsamı	Huzurevi, evde bakım (sınırlı gündüzlü bakım)	Evde bakım + kurumsal bakım	Toplum temelli bakım, bireysel-leştirilmiş bakım paketleri	Evde bakım + gündüzlü bakım + kısa süreli kurumsal bakım	Evde bakım, gündüzlü bakım, yarı-yatılı ve tam-yatılı kurumsal bakım
Erişilebilirlik	Bölgesel eşitsizlikler, kırsal alanlar dezavantajlı	Evrensel	Yüksek (kişisel-leştirilmiş planlama)	Yüksek	Bölgesel farklılıklar
Kurumsal Yapı	Aile + merkezi kamu (sınırlı yerel rol)	Belediye merkezli	Yerel yönetimler + sigorta fonları + özel/yarı-kamusal sağlayıcılar	Yerel yönetimler	Sigorta sistemi merkezli; özel ve kâr amacı gütmeyen sağlayıcılar
Aile Bakımının Rolü	Yüksek	Düşük	Orta	Düşük	Orta
Profesyonel/Formal Bakım Düzeyi	Düşük	Yüksek	Yüksek	Yüksek	Orta-Yüksek

Kaynak: Tablo; Grinin ve ark. (2023), OECD (2023), Higo & Khan (2015), Le Bihan & Martin (2006), Szebehely & Trydegård (2012), van Ginneken ve ark. (2012), Geraedts ve ark. (2002) temel alınarak yazarlar tarafından derlenmiştir.

4.1.Finansman Yapısı

Finansman mekanizmaları, yaşlı bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve kapsayıcılığını doğrudan etkileyen temel unsurlardan biridir. Türkiye’de yaşlı bakım sisteminin finansmanı büyük ölçüde karma modele dayanmakta; kamu destekleri, sosyal yardımlar ve bireysel katkılar birlikte kullanılmaktadır. Ancak kamu kaynaklarının sınırlılığı ve özel sektördeki yüksek maliyetler, sistemde gelir temelli eşitsizlikleri beraberinde getirmektedir.

İsveç ve Norveç, İskandinav refah modeli çerçevesinde vergi tabanlı sistemler uygulamaktadır. Bu modelde, merkezi ve yerel vergiler aracılığıyla sağlanan kaynaklar yaşlı bakım hizmetlerini finanse eder; bireylerden alınan katkı payları oldukça sınırlıdır. Hollanda ve Almanya ise sigorta esaslı sistemlere sahiptir. Hollanda’da zorunlu uzun süreli bakım sigortası (Wlz), Almanya’da ise 1995’ten itibaren uygulanan uzun süreli bakım sigortası, hizmet finansmanının ana kaynağını oluşturur. Bu sigorta sistemlerinde katkı payları

gelire dayalıdır ve sosyal eşitliği korumayı hedefler.

4.2.Hizmet Tipleri

Hizmet çeşitliliği bakımından ülkeler arasında belirgin farklar gözlemlenmektedir. Türkiye’de yaşlı bakım hizmetleri; huzurevleri, evde bakım ve sınırlı sayıda yaşlı yaşam evi ile sınırlıdır. Profesyonel bakım hizmetleri henüz yaygınlaşmamış; aile içi bakım hala sistemin temel dayanağıdır.

İsveç, evde bakım modelini merkeze alırken, yüksek bağımlılık düzeyindeki yaşlılar için özel konutlar ve bakım tesisleri sunar. Norveç’te ise evde bakım, gündüzlü bakım merkezleri ve kısa süreli kurumsal bakım entegre biçimde sunulur. Hollanda, bakım hizmetlerini bireyin yaşam alanına entegre etmeyi hedefleyen toplum temelli bir modele sahiptir. Kısmi bakım, gündüzlü bakım, uzmanlaşmış rezidanslar gibi çok çeşitli ara çözümler mevcuttur. Almanya’da ise hizmetler kademeli bakım sistemi olarak sınıflandırılmıştır: evde bakım, gündüzlü bakım, yarı-yatılı ve tam-yatılı kurumsal bakım seçenekleri sunulmakta;

bakım seviyesine göre hizmet biçimi şekillenmektedir.

4.3.Erişilebilirlik

Hizmetlere erişim konusu, her ülkenin sosyo-ekonomik ve coğrafi yapısıyla ilişkilidir. Türkiye’de bakım hizmetlerine erişimde özellikle kırsal bölgeler dezavantajlı konumdadır. Huzurevi ve evde bakım hizmetlerinin coğrafi dağılımı eşitsizdir ve kayıt dışı bakım yaygındır. Buna karşılık İsveç ve Norveç’te hizmetler evrensel erişim ilkesiyle sunulmakta; bireyler yaşadıkları yerden bağımsız şekilde hizmet alabilmektedir.

Hollanda ve Almanya’da erişim daha yüksektir; ancak özellikle Almanya’da bazı bölgelerde kurumsal kapasite farklılıkları yaşanmakta, bu da bölgesel eşitsizliklere neden olmaktadır. Hollanda, yerel hizmet planlamaları ve bireysel bakım paketleri sayesinde yüksek düzeyde kişiselleştirilmiş erişim sağlamaktadır.

4.4.Kurumsal Yapı ve Organizasyon

Kurumsal yapı, yaşı bakımının hangi düzeyde ve hangi aktörlerce organize edildiğini belirler. Türkiye’de bakım sisteminin büyük kısmı aile ve kamu iş birliğine dayalıdır; belediyelerin ve sivil toplumun katkısı ise sınırlıdır. Profesyonel bakım sunucularının sayısı yetersizdir. İsveç ve Norveç, yerel yönetim merkezli hizmet sunumu yapısıyla öne çıkar. Belediyeler hem planlama hem de uygulama düzeyinde tam yetkilidir ve merkezi hükümet daha çok finansal dengeleyici rol oynar. Hollanda, karma bir yapı sunar: yerel yönetimler hizmet sunumunda önemli rol oynarken, sigorta fonları ve özel hizmet sağlayıcılar sistemi destekler. Almanya’da ise sigorta sistemi merkezde yer alır; hizmet sağlayıcılar ağırlıklı olarak özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardan oluşur. Bu yapıda, hizmetin sunumu ile finansmanı farklı kurumsal aktörler arasında bölünmüştür.

4.5.Karşılaştırmalı Analizin Genel Değerlendirmesi

Karşılaştırmalı analiz bulguları, yaşı bakım sistemlerinin finansman yapısı, hizmet sunumu ve kurumsal organizasyonu açısından refah devleti modelleriyle güçlü biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. İsveç ve Norveç’te vergi tabanlı, yerel yönetim merkezli ve profesyonel bakımın baskın olduğu evrensel sistemler öne çıkarken; bu yapı, hizmetlere eşit erişimi güçlendirmekte ve aile üzerindeki bakım yükünü azaltmaktadır. Buna karşılık Hollanda ve Almanya’da sigorta temelli modeller, hizmet çeşitliliği ve bireyselleştirilmiş bakım seçenekleri sunmakla birlikte,

bölgesel kapasite farklılıkları ve hizmete erişimde eşitsizlikler yaratabilmektedir.

Türkiye ise aile temelli bakımın baskın olduğu, profesyonel bakım altyapısının sınırlı kaldığı karma bir yapı sergilemektedir. Karşılaştırmalı bulgular, Türkiye’de yaşı bakımının sürdürülebilirliği açısından yerel yönetimlerin rolünün güçlendirilmesi, evde bakım ve gündüzlü bakım gibi toplum temelli hizmetlerin yaygınlaştırılması ve profesyonel bakım hizmetlerine erişimin artırılmasının kritik olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yönüyle Türkiye, İskandinav ülkelerinin evrensel erişim yaklaşımından ve Hollanda’nın bireyselleştirilmiş bakım paketlerinden uyarlanabilir politika dersleri çıkarabilecek bir konumdadır. Bu genel değerlendirme doğrultusunda, karşılaştırmalı analiz aşağıda yaşı bakım sistemlerinin güçlü ve zayıf yönlerini, sosyal etkileriyle birlikte ele alan daha ayrıntılı bir analitik çerçeveye taşınmaktadır.

4.5.1. Analitik Karşılaştırma: Güçlü–Zayıf Yönler ve Sosyal Etkiler

Karşılaştırmalı analiz bulguları, yaşı bakım sistemlerinin yalnızca hizmet organizasyonu açısından değil; aynı zamanda yaşı yoksulluğu, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, göçmen yaşlıların bakıma erişimi ve bakım işgücünün sürdürülebilirliği gibi yapısal sosyal boyutlarla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir.

İskandinav ülkelerinde (İsveç ve Norveç) vergi tabanlı ve evrensel bakım sistemleri, yaşı yoksulluğu riskini azaltıcı bir etki yaratmaktadır. Bu ülkelerde bakım hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmesi, düşük gelirli yaşlıların hizmete erişimini güvence altına almakta ve bakım ihtiyacının bireysel gelir düzeyine bağımlı hale gelmesini önlemektedir. Buna karşılık sigorta temelli modellerde (Almanya ve Hollanda), gelir düzeyine dayalı katkı sistemi görece eşitlikçi olmakla birlikte, katkı süresi ve istihdam geçmişi yetersiz olan gruplar için kapsayıcılık sınırlı kalabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet boyutu incelendiğinde, aile temelli bakımın baskın olduğu Türkiye’de bakım yükünün büyük ölçüde kadınlar tarafından üstlenildiği görülmektedir. Profesyonel bakım hizmetlerinin sınırlı olması, kadınların ücretsiz bakım emeğine olan bağımlılığı artırmakta ve kadınların iş gücüne katılımını dolaylı olarak sınırlandırmaktadır. Buna karşılık İsveç ve Hollanda’da profesyonel bakım işgücünün yaygınlığı, bakım sorumluluğunun hane içinden kamusal alana kaymasını sağlayarak toplumsal cinsiyet

eşitsizliklerini azaltıcı bir etki yaratmaktadır.

Göçmen yaşlılar açısından bakıldığında, evrensel hizmet sunumuna sahip ülkelerde dil, kültürel uyum ve bilgiye erişim gibi sorunlara rağmen bakım hizmetlerine yapısal erişim daha yüksektir. Almanya ve Hollanda'da göçmen yaşlılara yönelik kültürel aracı hizmetler ve uyum programları geliştirilmişken, Türkiye'de bu alanda sistematik bir yaklaşım henüz bulunmamaktadır. Bu durum, göçmen yaşlıların bakım hizmetlerinden yararlanmasını sınırlayan önemli bir yapısal zayıflık olarak öne çıkmaktadır.

Bakım işgücü açısından değerlendirildiğinde, profesyonel bakım personelinin eğitimi, sertifikasyonu ve çalışma koşulları sistemlerin sürdürülebilirliğini belirleyen temel faktörlerden biridir. İsveç ve Hollanda'da bakım emeği profesyonel bir meslek alanı olarak tanımlanırken, Türkiye'de bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı kayıt dışı ve güvencesiz biçimde yürütülmektedir. Bu durum hem hizmet kalitesini hem de bakım işgücünün sürekliliğini olumsuz etkilemektedir.

Bu analitik karşılaştırma, yaşlı bakım modellerinin başarısının yalnızca finansman ya da hizmet türlerine değil; sosyal eşitsizlikleri azaltma kapasitesine, bakım emeğini nasıl yapılandırdığına ve kırılgan grupları ne ölçüde kapsadığına bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular, Türkiye'de yaşlı bakım sisteminin yeniden yapılandırılmasında yalnızca finansal ve kurumsal düzenlemelere değil; bakım emeğinin toplumsal cinsiyet boyutu, kırılgan grupların kapsanması ve profesyonel bakım işgücünün güçlendirilmesine odaklanan bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğine işaret etmektedir.

5.TÜRKİYE İÇİN MODEL ÖNERİSİ

Türkiye, hızla yaşlanan bir nüfusa sahip olmasına rağmen, mevcut yaşlı bakım sistemi büyük ölçüde aile temelli geleneksel bakım pratiklerine dayanmaktadır. Ancak kırsal-kentsel demografik dönüşüm, kadınların iş gücüne katılımındaki artış ve çekirdek aile yapısının güçlenmesi bu modelin sürdürülebilirliğini giderek zayıflatmaktadır. Bu bağlamda, İsveç ve Hollanda gibi ülkelerin kamu-yerel yönetim temelli ve toplum merkezli bakım modelleri, Türkiye için uyarlanabilir örnekler sunmaktadır (Kurt, 2021).

5.1.İsveç ve Hollanda Modellerinden Alınabilecek Unsurlar

İsveç'in belediye merkezli, vergiyle finanse edilen ve hizmetlerin bireyin evinde sunulmasını temel alan yaşlı bakım modeli, Türkiye için güçlü bir

esin kaynağı olabilir. Özellikle İsveç'in "yaşlıların kendi evlerinde yaşlanmaları" ilkesine dayalı bakım politikası, Türkiye'nin geleneksel aile yapısıyla da örtüşmektedir (Ervik, 2019). Bu modelde yerel yönetimler, hem hizmet sunucusu hem de koordinasyon sağlayıcı rolüyle, merkezi hükümetten aldıkları kaynakla etkin planlama yapmaktadırlar.

Hollanda ise zorunlu bakım sigortası ile toplum temelli hizmet ağlarını başarıyla bütünleştirmiştir. "Bakım mahallede başlar" ilkesine dayanan bu sistem, bireysel bakım planlarıyla ihtiyaçların yerinde belirlenmesini sağlar (Maarse & Jeurissen, 2016). Türkiye, bu modelden, bakım sigortası sisteminin kurulması ve bireyselleştirilmiş bakım paketlerinin uygulanması yönünde yararlanabilir.

5.2.Türkiye'ye Özgü İhtiyaçlar: Kırsal-Kentsel Denge ve Personel Eksikliği

Türkiye'de yaşlı bakım hizmetlerinin niteliği ve erişilebilirliği büyük ölçüde coğrafi konuma bağlıdır. Özellikle kırsal bölgelerde profesyonel bakım hizmetlerinin yok denecek kadar sınırlı olması, hizmet sunumunda bölgesel eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Bu durum yeni model önerisinde mekânsal eşitsizliklerin giderilmesini zorunlu kılmaktadır. Evde bakım uygulamaları ise büyük oranda aile bireylerinin inisiyatifine bırakılmış, sistematik bir yapı oluşturulamamıştır (Cankurtaran & Eker, 2007).

Türkiye'de yaşlı bakımına yönelik politika hedefleri, 12. Kalkınma Planı (2024–2028) kapsamında evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bakım hizmetlerinde kalite standartlarının geliştirilmesi ve bakım personelinin niteliğinin artırılması yönünde tanımlanmıştır. Ancak mevcut uygulamalar, bölgesel eşitsizlikler, kurumsal kapasite sınırlılıkları ve profesyonel bakım altyapısındaki yetersizlikler nedeniyle bu hedeflerin sahada tam olarak karşılanamadığını göstermektedir (Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Bir diğer temel sorun, yaşlı bakım alanında uzmanlaşmış personel eksikliğidir. Gerontologlar, geriatristler, yaşlı bakım teknikerleri, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının sayısı yetersizdir ve mevcut kadro, büyük ölçüde metropollerde yoğunlaşmıştır (Saka & Varol, 2007). Bu nedenle, kırsal alanlarda bakım hizmeti almak isteyen yaşlı bireyler için sistem dışı çözümler (örneğin kayıt dışı bakıcılar) devreye girmektedir. İsveç ve Hollanda gibi ülkelerde ise hizmet sunucularının eğitimi, sertifikasyonu ve mesleki denetimi sıkı standartlara bağlıdır.

5.3.Aile Desteğini Koruyan Ama Profesyonel Hizmeti Artıran Bir Model

Türkiye’nin mevcut sosyo-kültürel yapısı dikkate alındığında, aile desteğinin tamamen dışlanmadığı; ancak profesyonel bakım sisteminin kademeli olarak güçlendirildiği bir yaklaşım daha gerçekçi ve sürdürülebilir bir yol haritası sunmaktadır. Bu bağlamda “aile destekli profesyonel bakım modeli” kavramı öne çıkmaktadır. Aile destekli profesyonel bakım modeli; bakımın temel sorumluluğunun aile üyelerinde kalmasına karşın, bakım sürecinin profesyoneller tarafından eğitim, düzenli değerlendirme, süpervizyon ve hizmet koordinasyonu yoluyla desteklenmesini ifade etmektedir. Bu modelde aile bireyleri bakımın aktif uygulayıcısı olmaya devam ederken, profesyonel sağlık ve sosyal hizmet personeli bakımın niteliğini, sürekliliğini ve güvenliğini sağlayıcı bir rehberlik ve izleme rolü üstlenmektedir. Böylece hem aile temelli bakım geleceği korunmakta hem de bakımın standartlaşması ve kalitesinin artırılması mümkün olmaktadır (Kurt, 2021).

Ayrıca, yerel yönetimlerin yaşlı bakım sisteminde daha etkin rol alması sağlanmalıdır. Belediyelerin evde bakım hizmetleri sunması, bakım merkezleri kurması, gündüzlü bakım merkezlerini yaygınlaştırması ve yaşlı bireylere yönelik sosyal katılım programları düzenlemesi gerekmektedir. Bu kapsamda, “yaşlı danışma merkezleri”, “mobil bakım ekipleri” ve “gündüz kulüpleri” gibi İsveç modelinden uyarlanmış birimler yerel düzeyde kurulmalıdır (Ervik, 2019).

5.4.Türkiye İçin Önerilen Modelin Yapısal Çerçevesi ve Uygulama Yol Haritası

Bu çalışmada önerilen aile destekli profesyonel bakım modeli, karşılaştırmalı analizden elde edilen bulgular doğrultusunda yapılandırılmıştır. Model; temel bileşenler, uygulama adımları, yönetim yapısı, beklenen çıktılar ve olası riskler olmak üzere beş ana unsur üzerinden tanımlanmaktadır.

Modelin temel bileşenleri, aile temelli bakımın korunması, profesyonel bakım hizmetlerinin kademeli biçimde yaygınlaştırılması, evde ve toplum temelli bakımın güçlendirilmesi, çok disiplinli hizmet koordinasyonu ve sürdürülebilir finansman mekanizmalarının geliştirilmesini içermektedir.

Uygulama süreci, aşamalı bir yol haritası çerçevesinde planlanmıştır. İlk aşamada pilot bölgelerde evde bakım hizmetlerinin profesyonel

ekipler aracılığıyla desteklenmesi ve bakım veren aile bireylerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının başlatılması öngörülmektedir. İkinci aşamada yerel yönetimlerin bakım koordinasyonundaki rolü artırılarak sosyal hizmet, sağlık ve rehabilitasyon hizmetleri arasında kurumsal entegrasyon sağlanmalıdır. Üçüncü aşamada ise uzun süreli bakım sigortası gibi finansal araçların sosyal güvenlik sistemiyle bütünleştirilmesi hedeflenmektedir.

Yönetişim yapısı, çok aktörlü bir modele dayanmaktadır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı düzenleyici ve politika belirleyici rolde yer alırken, belediyeler hizmet sunumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır. Sağlık Bakanlığı, evde sağlık ve rehabilitasyon hizmetleriyle süreçte entegre edilirken; sivil toplum kuruluşları ve özel hizmet sağlayıcılar tamamlayıcı aktörler olarak modele dahil edilecektir.

Modelin uygulanmasıyla birlikte, yaşlı bireylerin kendi yaşam çevrelerinde daha uzun süre bağımsız kalabilmeleri, bakım hizmetlerine erişimde bölgesel eşitsizliklerin azaltılması ve aile üyelerinin bakım yükünün profesyonel destekle hafifletilmesi beklenmektedir. Bununla birlikte finansman yetersizliği, nitelikli bakım personeli eksikliği ve yerel kapasite farklılıkları modelin uygulanmasında karşılaşılabilecek başlıca riskler arasında yer almaktadır. Bu nedenle izleme ve değerlendirme mekanizmalarının eş zamanlı olarak geliştirilmesi önem taşımaktadır.

5.5.Sürdürülebilir Finansman İçin Uzun Süreli Bakım Sigortası

Mevcut durumda Türkiye’de yaşlı bireylerin büyük kısmı bakım masraflarını ya aile bireyleri yoluyla karşılamakta ya da sosyal yardım sistemine başvurmaktadır. Ancak sosyal yardımlar yalnızca yoksulluk sınırının altındaki bireyleri kapsamakta ve uzun vadeli bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda, uzun süreli bakım sigortası (long-term care insurance) sisteminin kurulması, hizmetlerin hem kalitesini artıracak hem de eşitliği sağlayacaktır.

Almanya ve Hollanda’daki sigorta sistemleri, gelire göre katkı oranı belirlenen ve bireyin bakım ihtiyacına göre farklı düzeylerde hizmet sunan modellerdir. Türkiye de benzer biçimde evrensel sağlık sigortası sistemi içine entegre edilecek bağımsız bir bakım sigortası fonu kurabilir. Bu fon aracılığıyla hem kamu hem de özel hizmet sağlayıcılar ile sözleşme yapılabilir, ayrıca hizmet denetimi ve kalite kontrolü sağlanabilir (Heinze ve ark., 1996).

Bu model aynı zamanda özel sektörün sistematik biçimde sürece katılımını da destekler. Ancak burada dikkat edilmesi gereken temel husus, özel bakım hizmetlerinin fiyatlandırmasının devlet tarafından düzenlenmesi ve gelir gruplarına göre sübvans edilmesidir. Aksi halde, hizmete erişimde gelir temelli eşitsizlikler artabilir.

5.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bir derleme niteliğinde olduğundan, elde edilen bulgular yalnızca incelenen akademik literatür ve resmi kurumsal raporlarla sınırlıdır. Araştırmada kullanılan veriler ikincil kaynaklara dayandığı için, ülkeler arasındaki yaşlı bakım modellerinin karşılaştırılmasında mevcut istatistiksel farklılıklar ve raporlama biçimleri belirli sınırlılıklar oluşturmaktadır. Özellikle ülkelerin uzun süreli bakım hizmetlerine ilişkin veri toplama yöntemleri, tanım kriterleri ve sınıflandırma sistemleri arasında farklılıklar bulunması, karşılaştırmaların tam anlamıyla nesnel ve birebir yapılmasını güçleştirmektedir.

Ayrıca çalışmada yalnızca 2010-2024 yılları arasında yayımlanan yayınlara yer verilmiş, bu dönem dışında kalan çalışmalar kapsam dışında bırakılmıştır. Bulgular, Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya ile sınırlı olup diğer ülkelerin yaşlı bakım sistemlerine doğrudan genellenemez. Bununla birlikte, kullanılan verilerin güncelliği ve güvenilirliği dikkate alındığında, elde edilen sonuçların Türkiye için geliştirilecek yaşlı bakım modeli önerilerine kavramsal ve politik düzeyde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6.TARTIŞMA VE SONUÇ

Küresel yaşlanma eğilimi, refah devleti sistemleri üzerinde önemli bir baskı oluşturarak, yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarına yönelik sürdürülebilir modeller geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu çalışmada Türkiye, İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya'nın yaşlı bakım sistemleri çeşitli kriterler doğrultusunda karşılaştırılmış ve Türkiye için özgün bir model önerisi geliştirilmiştir. İncelenen ülkelerin her biri, kendi sosyoekonomik bağlamı ve refah devleti yapılanmasına göre farklılaşan bakım hizmetleri sunmaktadır. Bu farklılıklar, Türkiye'nin hem finansman modelini hem de hizmet organizasyonunu yeniden tasarlarken yararlanabileceği somut politika örnekleri sunmaktadır. Bu karşılaştırma, mevcut literatürde yer alan ülke örneklerini sentezleyerek, Türkiye'nin yaşlı bakım sistemine özgü yapısal sorunları ve dönüştürülebilir politika alanlarını görünür kılmayı amaçlamaktadır.

Çalışmada ele alınan ülkelerin yaşlı bakım politikaları, temelde finansman yapıları, hizmet türleri, erişilebilirlik düzeyi ve hizmet sunumunun kurumsal yapısı bakımından ayrılmaktadır. İsveç ve Norveç gibi İskandinav ülkelerinde yaşlı bakım hizmetleri ağırlıklı olarak merkezi kamu finansmanı ve yerel yönetimlerin sorumluluğu altında yürütülmektedir. Hollanda ve Almanya ise sigorta temelli sistemleri benimsemiş; bireyin bakım ihtiyacına yönelik özel ve kamu aktörlerinin birlikte rol aldığı hibrit modeller geliştirmiştir. Türkiye ise aile temelli bakım anlayışıyla şekillenmiş olup, kamu tarafından sunulan hizmetlerin bölgesel ve yapısal sınırlılıklar nedeniyle yeterince kapsayıcı olmadığı gözlenmiştir (Erdem & Uçan, 2022).

İsveç modeli, yaşlıların kendi evlerinde mümkün olduğunca uzun süre kalmalarını teşvik eden "yerinde yaşlanma" (aging in place) felsefesine dayalıdır. Bu model, çok disiplinli bakım ekipleri ve yaygın evde bakım hizmetleriyle desteklenmektedir (Meagher & Szebehely, 2013). Norveç ise benzer şekilde yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürütülen gündüzlü ve kısa süreli bakım hizmetleriyle yerinden yaşlanmayı teşvik ederken, kırsal alanlarda dahi eşit erişim sağlayan kapsamlı sistemlere sahiptir.

Hollanda modeli, uzun süreli bakım sigortası ile finanse edilen ve toplum temelli bakım yapılarına dayanan bir sistemdir. Bu sistemde bireyler hizmet seçeneklerini kişiselleştirme imkânı bulur; gündüz bakım merkezleri, mahalle temelli bakım ve bireysel bakım planlamaları ön plandadır (Maarse & Jeurissen, 2016). Almanya'da ise yaşlı bakım sigortası 1995 yılından itibaren evde, yarı-zamanlı ve tam-zamanlı kurumsal bakım hizmetlerini kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır. "Üç kuşak evleri" ve hospiz hizmetleri gibi yenilikçi modeller yaşlıların sosyal bütünlüğünü korumayı hedeflemektedir (Rothgang vd., 2012).

Türkiye'de yaşlı bakım sistemi tarihsel olarak aile içi dayanışma temelli olup, formel hizmetlerin kapasitesi ve erişilebilirliği sınırlıdır. Huzurevi ve bakım merkezleri kapasite açısından yetersizdir ve hizmetlerin yaygınlığı ile kalitesi bölgesel olarak büyük farklılıklar göstermektedir. Devletin evde bakım yardım programları önemli bir adım olsa da profesyonel bakım sunucularının ve destekleyici altyapının eksikliği Türkiye'nin yaşlı bakım sisteminde ciddi bir açığı işaret etmektedir (Yalçın, 2020).

İncelenen modeller, Türkiye için ilham verici unsurlar barındırmaktadır. İsveç'in yerel yönetim merkezli, çok disiplinli evde bakım sistemi Türkiye'nin büyükşehirlerdeki bakım açığını

kapatmak açısından dikkate değer bir örnek teşkil etmektedir. Hollanda’nın birey odaklı ve kişiselleştirilebilir bakım yapısı ise Türkiye’de özellikle kentlerde giderek artan yalnız yaşlı nüfusu için uygulanabilir bir modeldir. Ancak bu modellerin doğrudan Türkiye’ye aktarılması ülkeler arası ekonomik kapasite, kültürel değerler ve bakım geleneğindeki farklılıklar nedeniyle mümkün değildir. Türkiye’de kırsal ve kentsel farklılıklar, bakım personelinin eğitim düzeyi, finansal sürdürülebilirlik gibi özgün dinamikler dikkate alınmalıdır. Özellikle kırsalda bakım hizmetlerine erişim güçlüğü, Türkiye’nin merkezîyetçi yapıdan yerelleşmeye geçişini zorlaştırabilir. Bu nedenle İsveç’in sisteminden alınabilecek uygulamalar aşamalı olarak pilot bölgelerde test edilmeli, yerel kapasiteler güçlendirilmelidir.

Finansman açısından Almanya’nın yaşlı bakım sigortası sistemi Türkiye için önemli bir örnektir. Gelir seviyesine göre katkıya dayalı, sosyal sigorta ile desteklenen bir model, hem kamusal yükü azaltabilir hem de vatandaşların bakım güvencesini artırabilir. Türkiye’nin mevcut Sosyal Güvenlik Sistemi içinde entegre edilebilecek bir bakım sigortası, özellikle ileri yaşta yalnız yaşayan bireyler için büyük bir fark yaratabilir (Erdem & Uçan, 2022).

Bu karşılaştırmalı çalışmada, veri tanımlarının heterojenliği, bakım sınıflandırmalarındaki farklılıklar ve ulusal kayıt sistemlerinin yapısal ayrışması dikkate alınmıştır. Özellikle bazı ülkelerde bölgesel uygulama farklılıkları ve hizmetin kalitesi üzerine veriler sınırlı kalabilmektedir. Ayrıca ülkeler arası kültürel değerler yaşlı bakım tercihlerinde etkili olmakta; örneğin Türkiye’de yaşlıların kurumsal bakım yerine aile yanında kalma eğilimi daha yaygındır. Bu durum, bazı batı ülkeleriyle karşılaştırmalı değerlendirmeyi sınırlandırabilir.

Gelecek araştırmaların, yaşlı bireylerin bakım hizmetlerine erişim düzeylerini, hizmet kalitesini ve kullanıcı memnuniyetini ölçen daha kapsamlı ampirik çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, Türkiye’de yaşlı bakımında görev alan profesyonellerin eğitim düzeyi, tükenmişlik düzeyleri ve hizmete etkisi gibi alanlar da araştırma kapsamına alınmalıdır. Dijital sağlık uygulamaları, uzaktan bakım ve akıllı ev sistemlerinin Türkiye bağlamında nasıl entegre edilebileceği de yeni bir araştırma hattı olarak değerlendirilebilir.

Yaşlı bakım hizmetleri yalnızca bireysel değil aynı zamanda toplumsal refahın da bir göstergesidir. Bu çalışmanın sonuçları

göstermektedir ki; İsveç, Hollanda, Norveç ve Almanya gibi ülkeler farklı finansman yapıları ve hizmet organizasyonlarıyla yaşlı bireylere yüksek kalitede bakım sunmaktadır. Türkiye’nin özgün ihtiyaçları doğrultusunda bu modellerden esinlenerek, yerel özelliklere uygun, sürdürülebilir ve erişilebilir bir yaşlı bakım sistemi geliştirmesi mümkündür. Bunun için profesyonel hizmet kapasitesinin artırılması, yerinde yaşlanmayı destekleyecek altyapının kurulması ve sosyal sigorta temelli finansal araçların devreye alınması gerekmektedir.

Bu çerçevede, bu çalışmanın literatüre temel katkısı, yaşlı bakım sistemlerini yalnızca betimleyici biçimde aktarmakla sınırlı kalmayıp; finansman yapısı, hizmet türleri, erişilebilirlik ve kurumsal organizasyon kriterlerini aynı analitik çerçeve içinde bütüncül olarak karşılaştırmasıdır. Mevcut literatürde ülkeler çoğunlukla tekil örnekler ya da ikili karşılaştırmalar üzerinden ele alınırken, bu çalışma farklı refah devleti rejimlerini temsil eden beş ülkeyi eş zamanlı olarak değerlendirerek Türkiye’nin yaşlı bakım sistemini bu modeller arasında konumlandırmıştır. Elde edilen karşılaştırmalı bulgular, Türkiye’de yaşlı bakımına ilişkin sorunların yalnızca kaynak yetersizliğinden değil; aynı zamanda kurumsal örgütlenme, hizmet çeşitliliği ve profesyonel bakım altyapısındaki yapısal eksikliklerden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Bu yönüyle çalışma, literatürde sıklıkla normatif düzeyde tartışılan yaşlı bakım modellerini Türkiye bağlamında uygulanabilir politika bileşenleri üzerinden değerlendirmekte ve karşılaştırmalı analizden türetilmiş “*aile destekli profesyonel bakım*” yaklaşımını, Türkiye’nin sosyo-kültürel yapısı ve mevcut kurumsal kapasitesiyle uyumlu özgün bir model önerisi olarak sunmaktadır.

Araştırma Desteği

Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı [ASPB]. (2023). *Evde bakım yardımı istatistik bülteni – Mayıs 2023*.
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Retrieved from https://www.aile.gov.tr/media/140501/eyhgm_istatistik_bulteni_mayis_23.pdf

- Akkan, B., & Canbazer Şanlı, C. (2023). Aging and social protection in a familialist welfare regime: Elderly poverty and social pensions in Turkey. In *Handbook of aging policies* (pp. 209–228). doi:10.1007/978-981-16-1914-4_209-1
- Boer, A. K., & de Klerk, M. M. Y. (2023). Dutch long-term care in transition: A guide for other countries? *International Journal of Care and Caring*, 7(2), 223–237. doi:10.1332/239788221X16516704670151
- Cankurtaran, M., & Eker, E. (2007). Geropsychiatry in Turkey. *International Psychiatry*, 4(1), 12–14.
- Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2023). *On İkinci Kalkınma Planı (2024–2028)*. Ankara: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.
- Degirmenci, S. (2022). Long-term care in Turkey: Towards a growing crisis of aged care. *Journal of Population and Social Studies*, 30, 434–453. doi:10.25133/jpssv302022.031
- Di, X., & Wang, L. (2025). The impact of accessibility of community elderly care services on quality of life of the elderly. *Healthcare*, 13(2), 99. doi:10.3390/healthcare13020099
- Edebalk, P. G. (2010). Ways of funding and organising elderly care in Sweden. In Ö. Christensen & K. Vrangbæk (Eds.), *Elderly care in transition: Developments and prospects* (pp. 95–112). Springer. doi:10.1007/978-3-642-12612-3_5
- Erdem, E., & Uçan, E. (2022). Suggestion on the elderly care model specific to Türkiye. SciSpace Link.
- Ervik, R. (2019). Policy responses to aging: Care services for the elderly in Norway. In *New welfare strategies in Europe* (pp. 143–160). Springer. doi:10.1007/978-3-030-10895-3_7
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press.
- Fransson, U., Hallberg, D., & Lagergren, M. (2008). The demand for old age care. In *Contributions to economic analysis* (Vol. 289, pp. 219–238). Elsevier. doi:10.1016/S0573-8555(07)00011-9
- Geraedts, M., Heller, G. V., & Maclean, U. (2002). Establishing systems of care in Germany: A long and winding road. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4), 239–246. doi:10.1007/BF03324481
- Grinin, L., Grinin, A., & Korotayev, A. (2023). Aging of the global population as an integral problem of the future. *World Futures Review*, 15(2), 157–170. doi:10.1177/19467567231158926
- Heinze, R. G., Naegle, G., & Strunck, C. (1996). Germany's long-term-care insurance: Putting a social insurance model into practice. *Health Affairs*, 15(3), 146–162. doi:10.1377/hlthaff.15.3.146
- Higo, M., & Khan, H. T. A. (2015). Global population aging: Unequal distribution of risks in later life between developed and developing countries. *Global Social Policy*, 15(2), 146–166. doi:10.1177/1468018114543157
- Hopland, A. O. (2014). One size fits all? Facility management in Norwegian local governments. *Nordic Journal of Surveying and Real Estate Research*, 11(1), 25–42. Retrieved from <http://www.njsr.fi/>
- Jacobsen, F. F., & Mekki, T. E. (2012). Health and the changing welfare state in Norway: A focus on municipal health care for elderly sick. *Ageing International*, 37(2), 125–142. doi:10.1007/s12126-010-9099-3
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–240.
- Kurt, G. (2021). Suggestion on the elderly care model specific to Türkiye. *Elderly Studies Journal*, 5(2), 123–140. Retrieved from <https://www.scispace.com/paper/suggestion-on-the-elderly-care-model-specific-to-turkiye-3ypjs1py793m>
- Kurtkapan, H. (2019). Türkiye’de demografik dönüşümün sosyal yansımaları ve yaşlılık. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 7(3), 43–60. doi:10.21441/SOSYALGUVENCE.597571
- Le Bihan, B., & Martin, C. (2006). A comparative case study of care systems for frail elderly people: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden. *Social Policy & Administration*, 40(1), 26–46. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00475.x
- Lee, S. H., Lee, J., & Choi, J. (2023). Comparative analysis of long-term care in OECD countries. *Healthcare*, 11(2), 169. doi:10.3390/healthcare11020169
- Maarse, H., & Jeurissen, M. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241–245. doi:10.1016/j.healthpol.2016.01.014
- Martens, C. T. (2018). Postcode lottery or systematic differences in Norwegian elder care provision. *Scandinavian Journal of*

- Public Administration*, 22(2), 45–65. Retrieved from <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa>
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2013). Long-term care in Sweden: Trends, actors, and consequences. *Journal of Social Policy*, 42(3), 453–470.
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: Demographic trends*. OECD Publishing. Retrieved from https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/demographic-trends_e7faed7b.html
- Ordoñez Cruickshank, A., Zanuzdana, A., Marujo, V., Heldt, K., Fuchs, J., Gaertner, B., Hasseler, M., Eckmanns, T., & Scheidt-Nave, C. (2024). Quality indicators of long-term care for older people in OECD countries: A rapid scoping review. *European Journal of Public Health*, 34(Suppl. 3), ckae144.2108. doi:10.1093/eurpub/ckae144.2108
- Poldrugovac, M., Rechel, B., Busse, R., & Kringos, D. S. (2025). Performance indicators on long-term care for older people in high- and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 25, 1573. doi:10.1186/s12913-025-12573-4
- Rostgaard, T., & Szebehely, M. (2012). Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads. *European Journal of Ageing*, 9(2), 101–109. doi:10.1007/s10433-011-0209-1
- Rothgang, H., Igl, G., & Müller, R. (2012). Long-term care insurance in Germany: Improving quality and controlling costs. *Health Affairs*, 31(9), 2105–2112.
- Saka, Ö., & Varol, N. (2007). Turkey's health system and the elderly. *Aging International*, 32(3), 34–47.
- Schneekloth, U., & Müller, U. (2000). *Wirkungen der Pflegeversicherung: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schut, F. T., & van den Berg, B. (2010). Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy & Administration*, 44(4), 411–435. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x
- Subaşı, N., Zafer, S., & Öztekin, Z. (2006). Unmet need in Turkey: Home care service. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(1), 10–17. Retrieved from <https://scispace.com/papers/unmet-need-in-turkey-home-care-service-1go1e7wxwd>
- Szebehely, M., & Trydegård, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden: A universal model in transition. *Health & Social Care in the Community*, 20(3), 300–309. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x
- Tamutienė, I., & Naujanienė, R. (2014). Senyvo amžiaus asmenų socialinių paslaugų prieinamumo namuose patirtys. *Tiltai*, 65(4), 52–65. doi:10.15181/TBB.V65I4.476
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2023). *İstatistiklerle yaşlılar, 2023*. Türkiye İstatistik Kurumu. Retrieved from <https://yaslihaklari.dernegi.org/tr/kirkambar/arastirma-raporve-makaleler/istatistiklerle-yasli-lar-tuik-2024-raporu/>
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2024). *Hanehalkı evde bakım ve sağlık hizmetleri istatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu. Retrieved from <https://www.mansetizmir.com/tuik-hanehalklarinin-yuzde-7-8-i-evde-bakim-hizmetine-ihitiyac-duyuyor/97150>
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2025). *İstatistiklerle yaşlılar 2025*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- van Campen, C., Cardol, M., & Deeg, D. (2013). Developments in home care use: Policy and changing community-based care. *European Journal of Public Health*, 23(4), 592–597. doi:10.1093/eurpub/ckt051
- van Ginneken, E., Swartz, K., & Van Der Heijden, J. (2012). Long-term care insurance in the Netherlands. *Eurohealth*, 18(2), 11–14.
- Wiener, J. M., & Stevenson, D. G. (1998). State policy on long-term care for the elderly. *Health Affairs*, 17(3), 81–100. doi:10.1377/hlthaff.17.3.81
- Witkowska, D., & Kompa, K. (2024). Income level and population aging impact on retirement savings in OECD countries. *Journal of Population Ageing*, 17(1), 1–21. doi:10.1007/s12062-024-09409-y
- Yalçın, B. (2020). Yaşlılara sunulan sosyal hizmet modellerinin Türkiye ve Avrupa ülkeleri açısından karşılaştırılması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(1), 85–104.