

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH

TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETİ SUNAN BİREYLER AÇISINDAN BAKIM SİGORTASI GEREKSİNİMİ: JAPONYA MODELİ ÜZERİNDEN BİR SOSYAL POLİTİKA DEĞERLENDİRMESİ

THE NEED FOR LONG-TERM CARE INSURANCE FROM THE PERSPECTIVE OF INDIVIDUALS PROVIDING HOME-BASED CARE IN TÜRKİYE: A SOCIAL POLICY ASSESSMENT BASED ON THE JAPANESE MODEL

Yasin GÜNDOĞDU*

Doç. Dr. Süheyla ERİKLİ SELEK**

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan bireylerin korunması açısından bakım sigortası gereksinimini Japonya deneyimi üzerinden değerlendirmektedir. Anlatı derlemesi olarak tasarlanan çalışmada, ağırlıklı olarak 2000–2026 döneminde yayımlanan Türkçe ve İngilizce akademik çalışmalar ile resmi belgeler ve konuya temel oluşturan daha eski çalışmalar incelenmiştir. Kaynaklar kapsam, hak kazanma, ihtiyaç değerlendirmesi, finansman, hizmet sepeti, yerel yönetimlerin rolü, bakım yöneticiliği, bakım hizmeti sunan bireylere sağlanan destekler, cepten ödeme ve sürdürülebilirlik olmak üzere on başlık altında değerlendirilmiştir. Türkiye’de evde bakım yardımı, evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri farklı kurumsal hatlar üzerinden yürütülmektedir. Japonya’da belediye temelli sigorta, standart ihtiyaç değerlendirmesi ve bakım yöneticiliği hizmetler arasında bağlantı kurmaktadır. Kullanıcı katkıları, artan maliyetler, bakım iş gücü gereksinimi, bölgesel farklılıklar ve aile bakımının sürmesi ise modelin sınırlılıklarıdır. Karşılaştırma, Türkiye’de işlevsel bağımlılığa dayalı ortak değerlendirme, tek başvuru noktası, bireysel bakım planı, erişilebilir profesyonel hizmetler, bakım hizmeti sunan bireylere eğitim ve mola desteği ile kamu katkısının güçlü olduğu karma finansmanın birlikte ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım hizmeti sunan birey, bakım sigortası, evde bakım, sosyal politika, uzun süreli bakım.

JEL Kodları: I18, I38, H55, J14.

ABSTRACT

This study assesses the need for long-term care insurance in Türkiye from the perspective of protecting individuals who provide home-based care, using Japan as the main comparative case. Designed as a narrative review, it examines Turkish- and English-language academic studies and official documents published mainly between 2000 and 2026, together with earlier foundational studies. The sources are assessed across ten dimensions: coverage, eligibility, needs assessment, financing, the service package, the role of local governments, care management, support for individuals providing care, out-of-pocket payments and sustainability. In Türkiye, the home care allowance, home health services and social care operate through separate institutional channels. In Japan, municipality-based insurance, standardized needs assessment and care management connect services. User copayments, rising costs, workforce needs, regional disparities and the continuing role of family care remain limitations. For Türkiye, the comparison supports combining function-based assessment, a single point of application, individual care planning, accessible professional services, training and respite support for individuals providing care, and mixed financing with a strong public contribution.

Keywords: Home-based care, individuals providing care, long-term care, long-term care insurance, social policy.

JEL Codes: I18, I38, H55, J14.

* Sosyal Hizmet Uzmanı, Kuruluş Müdürü, Rize Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü. Doktora Öğrencisi, Sosyal Politika Anabilim Dalı, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. E-posta: yasingundogdu@bile.gov.tr, yasingundogdu22@aybu.edu.tr. ORCID: 0000-0003-0262-440X.

** Doç. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü. E-posta: suheylaerikli@aybu.edu.tr. ORCID: 0000-0002-5817-6469.

1. GİRİŞ

Uzun süreli bakım, fiziksel, bilişsel veya ruhsal işlevleri azalan bireylerin yemek yeme, giyinme, hareket etme, kişisel bakım ve ev içi etkinlikler gibi günlük yaşam alanlarında uzun bir süre boyunca gereksinim duyduğu destek ve bakım hizmetlerini ifade etmektedir. Sağlık hizmetleriyle yakından ilişkili olan uzun süreli bakım, sosyal destek, rehabilitasyon, barınma, gelir güvencesi ve toplumsal katılımı da kapsayan bir sosyal politika alanıdır (Colombo vd., 2011:11–12, 38–39). Dünya Sağlık Örgütü, yaşlanma politikalarının bireyin işlevsel kapasitesini koruyan ve onurlu bir yaşam sürdürmesini destekleyen hizmetlerle birlikte ele alınmasını önermektedir (World Health Organization [WHO], 2015:28, 33–34, 136–144).

Bakım gereksinimi, etkileri bakım hizmeti alan bireyin yaşamıyla sınırlı kalmadığı için sosyal risk niteliği taşımaktadır. Yeterli destek hizmetlerine erişilemediğinde bakım sorumluluğu hane içinde bir veya birkaç aile üyesinde yoğunlaşabilmektedir. Dünya Engellilik Raporu'na göre destek hizmetlerine erişim, aile üyelerinin ücretli işe ve gelir getirici etkinliklere katılımını kolaylaştırabilir. Hizmet açığı ise ailelerin zaman kullanımını ve ekonomik koşullarını olumsuz etkileyebilir (WHO ve World Bank [WB], 2011:137–142). Yoğun bakım sorumluluğunun çalışma süresi, ücret, ruhsal iyilik hali ve sosyal katılımı olumsuz ilişkili olması, bakım hizmeti sunan bireylerin hak ve destek gereksinimlerinin sosyal politika kapsamında ayrıca ele alınmasını gerektirmektedir (Rocard ve Llena-Nozal, 2022:4–5, 12–17).

Türkiye'de demografik dönüşüm bakım güvencesi tartışmasını belirginleştirmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2024 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus 9.112.298'e, toplam nüfus içindeki payı %10,6'ya ulaşmıştır. Aynı yıl 15 yaş ve üzerindeki kadınların iş gücüne katılım oranı %36,8'dir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2025:1; TÜİK ve UN Women Türkiye, 2026:12). Bu oran tek bir yıla aittir ve zaman içindeki değişim hakkında çıkarım yapmak amacıyla kullanılmamıştır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının faaliyet raporlarında evde bakım yardımından yararlanan birey sayısı 2024 yılı itibarıyla 542.619, 2025 yılı sonunda 516.720 olarak bildirilmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı [ASHB], 2025:110; ASHB, 2026:114). İki raporlama dönemi arasındaki 25.899 bireylik, yaklaşık %4,8 oranındaki azalışın veri tanımı ve olası idari nedenleri 4.1. bölümünde değerlendirilmektedir. Bu göstergeler bakım gereksinimi, kadınların istihdamı ve aile içinde sürdürülen ücretsiz bakım arasındaki ilişkinin sosyal güvenlik politikalarıyla birlikte ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

Türkiye'de bakım sigortasına ilişkin çalışmalar ağırlıklı olarak finansman, yaşlı bakımı ve belirli ülke örneklerine odaklanmaktadır. Oysa bakım güvencesinin kapsamı, hak kazanma koşulları, bakım gereksiniminin değerlendirilmesi, hizmetlere yönlendirme, bakım planının hazırlanması ve aile içinde bakım hizmeti sunan bireylerin hakları da finansman kadar önemlidir. Bu çalışmanın özgün katkısı, Türkiye ile Japonya'yı önceden belirlenen on karşılaştırma başlığı üzerinden incelemesi ve bakım sigortasının bakım hizmeti sunan bireylere sosyal koruma sağlayabilmesi için gereken kurumsal düzenlemeleri bu karşılaştırmaya dayanarak tartışmasıdır.

Japonya, 2000 yılında kurulan sosyal sigorta sistemi, prim ve kamu kaynaklarını birleştiren finansman yapısı, belediyelerin sigortacı rolü, standart ihtiyaç değerlendirmesi ve bakım yöneticiliği nedeniyle ana karşılaştırma örneği olarak seçilmiştir (Campbell vd., 2010:89–92). Japonya modelinde aile üyeleri tarafından sürdürülen bakımdan toplumun desteğine dayalı bakıma geçiş amaçlanmıştır (Tsutsui, 2010:372). Türkiye'de evde bakım yardımının bakım hizmeti alan bireyin yaşadığı ortamda desteklenmesini esas alan yapısı, bu yaklaşımı Türkiye açısından anlamlı bir karşılaştırma örneği haline getirmektedir (Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği, 2023: md. 10). Çalışma Japonya sisteminin Türkiye'ye aktarılmasını savunmamaktadır. Amaç, modelin güçlü ve sınırlı yönlerini birlikte inceleyerek Türkiye'de geliştirilebilecek bakım güvencesinin kurumsal bileşenlerini belirlemektir. İnceleme şu sorulara odaklanmaktadır: Türkiye ve Japonya belirlenen on başlıkta nasıl farklılaşmaktadır? Japonya modeli bakım hizmeti sunan bireylerin gereksinimlerine hangi araçlarla

karşılık vermektedir? Modelin mali koruma, hizmet kapasitesi ve toplumsal cinsiyet açısından sınırlılıkları nelerdir? Türkiye açısından hangi düzenlemeler önerilebilir?

2. YÖNTEM VE KARŞILAŞTIRMA ÇERÇEVESİ

Bu bölümde çalışmanın derleme tasarımı, kaynak seçimine ilişkin ölçütler ve Türkiye–Japonya karşılaştırmasında kullanılan analitik başlıklar açıklanmaktadır. Bölümde ayrıca Japonya’nın temel karşılaştırma vakası olarak seçilmesinin ve Almanya’nın tamamlayıcı bir örnek olarak kullanılmasının gerekçelerine yer verilmektedir.

2.1. Derleme Tasarımı ve Kaynak Seçimi

Çalışma bir anlatı derlemesi olarak tasarlanmıştır. Anlatı derlemeleri, farklı yöntemlerle üretilmiş bilgileri belirli bir konu çevresinde ilişkilendirerek kuramsal ve politika odaklı bir değerlendirme yapılmasına imkan vermektedir (Baumeister ve Leary, 1997:311–313). Bu çalışma sistematik derleme niteliği taşımamakta ve ilgili yayınların tamamını kapsama iddiasında bulunmamaktadır.

Kaynak taraması 14 Ağustos 2026 tarihinde güncellenmiştir. Google Scholar, PubMed ve DergiPark ile ASHB, MHLW, OECD, WHO, Dünya Bankası ve TÜİK’in kurumsal siteleri taranmıştır. Türkçe taramada “uzun süreli bakım sigortası”, “bakım sigortası”, “evde bakım hizmeti sunan birey”, “bakım yükü”, “Türkiye” ve “Japonya” sözcükleri kullanılmıştır. İngilizce taramada “long-term care insurance”, “Japan”, “Türkiye” ve “Turkey”, “family caregiver”, “informal care”, “care manager”, “copayment” ve “long-term care workforce” sözcükleri farklı bileşimlerle aranmıştır. Zaman sınırı 1 Ocak 2000–14 Ağustos 2026, dil sınırı Türkçe ve İngilizce olarak belirlenmiştir. Uzun süreli bakımın sosyal risk niteliğini açıklayan daha eski temel çalışmalar zaman sınırının dışında tutulmamıştır.

Tam metnine erişilebilen, çalışma sorularıyla doğrudan bağlantılı, açık bir bibliyografik kimliğe sahip akademik yayınlar ve resmi belgeler incelemeye alınmıştır. Yinelenen kayıtlar, kaynağı belirlenemeyen internet içerikleri, konu başlıklarıyla doğrudan ilişkisi bulunmayan çalışmalar ve tanıtım amacı taşıyan ticari içerikler dışlanmıştır. Güncel nicel veriler için resmi istatistiklere, sistemin etkilerine ilişkin değerlendirmeler için hakemli araştırmalara öncelik verilmiştir. Eski kaynaklar tarihsel ve kurumsal gelişimi açıklamak amacıyla kullanılmıştır. Seçicilik yanlılığını azaltmak için kaynaklar önceden belirlenen karşılaştırma başlıklarına göre sınıflandırılmış, güncel sayısal ifadeler resmi belgelerle denetlenmiş ve nedensel ifadeler çalışmaların tasarım sınırları gözetilerek yazılmıştır.

2.2. Analitik Başlıklar ve Vaka Seçimi

Türkiye–Japonya karşılaştırması kapsam, hak kazanma, ihtiyaç değerlendirmesi, finansman, hizmet sepeti, yerel yönetimlerin rolü, bakım yöneticiliği, bakım hizmeti sunan bireylere sağlanan destekler, cepten ödeme ve sürdürülebilirlik başlıklarına dayanmaktadır. Sabit başlıklar, finansman türüne indirgenmiş bir karşılaştırmadan kaçınmayı ve hizmet sunumuyla bakım emeği arasındaki bağlantıyı görünür kılmayı amaçlamaktadır. Almanya bu tasarımda ikinci bir karşılaştırma vakası olarak kullanılmamıştır. Bakım riskinin 1994 tarihli yasayla ayrı bir sosyal sigorta kolu olarak kurumsallaştırılmasını açıklayan tamamlayıcı bir örnek olarak değerlendirilmiştir (Rothgang, 2010:437–438).

3. UZUN SÜRELİ BAKIMIN SOSYAL RİSK NİTELİĞİ VE BAKIM HİZMETİ SUNAN BİREYLER

Uzun süreli bakım gereksinimi, uzun bir döneme yayılması, yüksek maliyetlere yol açması ve düzenli insan desteği gerektirmesi nedeniyle geçici sağlık risklerinden ayrılmaktadır. Tedavi tamamlandıktan sonra da sürebilen bu gereksinim, bireyin günlük yaşamının büyük bölümünü etkileyebilmektedir.

Bakım hizmetlerinin maliyetinin yanında aile üyelerinin bakım için harcadıkları emek ve zaman ile uğradıkları gelir kaybı da sosyal politikanın konusudur. Yeterli hizmet sunulmadığında bakım, aile içinde görünmeyen bir emek olarak sürdürülebilmektedir. Bu koşullarda bakım hizmeti sunan bireyin ücretli çalışmaya katılımı, sosyal güvenlik hakları ve dinlenme süresi sınırlanabilmektedir (Colombo vd., 2011:11-14).

Bakım sorumluluğunun bakım hizmeti sunan bireyin yaşamındaki etkileri, bakım yükü kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Bu kavram, bakım için ayrılan zaman ve yerine getirilen görevler gibi nesnel unsurların yanında, bireyin yaşadığı güçlükler ile kısıtlanma ve sorumluluk algısını da kapsamaktadır (Liu vd., 2020:439-443). Türkiye’de evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların yakınlarıyla yürütülen bir araştırmada Zarit Bakım Yükü Ölçeği puan ortalaması 38,4 olarak belirlenmiş, bakım yükünün tükenmişlik, güçsüzlük ve hasta ile iletişimde yaşanan güçlüklerle ilişkili olduğu görülmüştür (Dağdeviren vd., 2020:186, 189-191). Bu ortalama puan, örneklemde tamamında yüksek bakım yükü bulunduğu biçiminde yorumlanmamalıdır. Ağır düzeyde ortopedik engelli bireylere evde bakım hizmeti sunanlarla yapılan başka bir araştırmada ise bakım hizmeti sunan bireylerin %64’ünde orta, %10’unda ağır bakım yükü saptanmıştır. İşlevsel bağımlılık arttıkça bakım yükünün de yükseldiği belirlenmiştir (Gündoğdu, 2014:92).

Tükenmişlik, bakım yüküyle yakından ilişkilidir. Evde yaşlı bakım hizmeti sunan bireylerle yürütülen bir çalışmada tükenmişlik düzeyi %50 olarak bildirilmiş, bakım yükü ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında ilişki saptanmıştır (Kalkın ve Kalaycı, 2017:19-20, 30-31). Gündoğdu’nun (2014:90-91) araştırmasında bakım hizmeti sunan bireylerin %88’i günde 17-24 saat bakım hizmeti sunduğunu, %80’i bakım eğitimi almadığını ve tamamı profesyonel destekten yararlanmadığını bildirmiştir. Bu bulgular, eğitim, danışmanlık, ikame bakım ve mola hizmetlerine bakım güvencesi kapsamında yer verilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sosyal destek eksikliği, bakım sorumluluğunun aile içinde tek bir birey üzerinde yoğunlaşmasına yol açabilmektedir. Kırıkkale Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğüne kayıtlı bakım hizmeti sunan bireylerin %75,8’i danışmanlık ve yönlendirmeye, %61,4’ü ise gönüllü bakım kuruluşlarından sağlanacak desteğe gereksinim duyduklarını belirtmiştir (Kayaarslan, 2020:164, 169). Başka bir araştırmada destek alamama, komşu ve akraba ilişkilerinin zayıflaması, dışarı çıkamama, tatil yapamama ve kendine zaman ayıramama gibi güçlükler bildirilmiştir (Gündoğdu, 2014:92). OECD de bilgi, danışmanlık, eğitim ve mola hizmetlerini bakım hizmeti sunan bireylere yönelik temel destekler arasında değerlendirmektedir (Rocard ve Llena-Nozal, 2022:28-32).

Evde bakımın etkili biçimde yürütülebilmesi, sağlık ve sosyal hizmetlerin eşgüdüm içinde sunulmasını gerektirmektedir. Sosyal hizmet uzmanının psikososyal değerlendirme, danışmanlık, uygun kaynaklarla bağlantı kurma, hak savunuculuğu, eğitim ve bakım eşgüdümüne ilişkin görevleri, bakım hizmeti alan birey ile ailesinin farklı gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlayabilir (Hasgül, 2016:17-19). Bu mesleki görevlerin bakım planına dahil edilmesi, bakım sigortasının nakdi ödemeye sınırlı biçimde düzenlenmesinin bakım hizmeti sunan bireylerin gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir.

4. TÜRKİYE’DE BAKIM ALANININ KURUMSAL GÖRÜNÜMÜ

Bu bölümde Türkiye’de uzun süreli bakım alanının kurumsal görünümü, evde bakım yardımı, evde sağlık hizmetleri ile kurumsal ve toplum temelli bakım hizmetleri üzerinden incelenmektedir. Hizmetlerin sorumlu kurumlar ve finansman kaynakları bakımından dağılımı açıklanmakta, mevcut örgütlenmenin hizmetlere erişim ve bakımın eşgüdümü bakımından doğurabildiği güçlükler değerlendirilmektedir.

4.1. Evde Bakım Yardımı ve Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de uzun süreli bakım alanı sağlık ve sosyal hizmetlerin farklı kurumsal hatlar üzerinden gelişmesiyle oluşmuştur. Sosyal bakım alanında belediyelerin yaşlı ve hasta bireylere yönelik evde destek uygulamaları 1990’lı yıllarda görünür hale gelmiş, 2006 sonrasındaki düzenlemelerle evde bakım yardımı daha belirgin bir kamu desteğine dönüşmüştür (Danış, 2005:453; Karataş, 2011:42–45). Evde bakım yardımı gelir ve bakım koşullarına bağlı nakdi bir sosyal destektir. Profesyonel evde bakım hizmeti veya evde sağlık hizmetiyle eş anlamlı kullanılmamalıdır.

ASHB’nin faaliyet raporlarına göre evde bakım yardımından yararlanan birey sayısı 2024 yılı itibarıyla 542.619, 2025 yılı sonunda 516.720’dir (ASHB, 2025:110; ASHB, 2026:114). Her iki veri de ilgili rapordaki yıllık gerçekleşme veya son durum göstergesidir. Bu nedenle dönem ortalaması veya profesyonel hizmet kullanıcı sayısı olarak yorumlanamaz. İki raporlama dönemi arasında 25.899 bireylik, yaklaşık %4,8 oranında azalış bulunmaktadır. Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği, yararlanma koşullarının yılda en az bir kez kontrol edilmesini, gelir eşiğinin aşılması veya bakım yükümlülüğünün yerine getirilmediğinin tespiti gibi durumlarda yardımın sonlandırılmasını öngörmektedir (Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği, 2023: md. 15, 18). Bu hükümler yararlanıcı sayısında azalışa yol açabilecek idari nedenleri göstermektedir. Faaliyet raporları değişimi gelir, bakım yükümlülüğü, vefat, adres değişikliği veya diğer çıkış nedenlerine göre ayırtırmadığından 2024–2025 arasındaki azalış belirli bir nedene bağlanamamaktadır.

Evde sağlık hizmetleri tıbbi değerlendirme, tedavi ve izlem ağırlıklı bir hizmet alanıdır. Türkiye’de kapsamlı uygulama 2005 yılında başlamış, 2010 tarihli yönerge ve 2015 tarihli düzenlemeyle koordinasyon merkezi, komisyonlar ve başvuru işlemleri üzerinden daha düzenli bir hizmet örgütlenmesi kurulmuştur (Doğusan, 2019:685–688). Sarioğlu ve Sezgin Emüler’e (2025:172–176) göre 2024 yılında evde sağlık hizmetlerinden yararlanan toplam hasta sayısı 1.665.671’e, ev ziyareti sayısı 4.404.618’e ulaşmış ve hizmet kullanıcılarının %76,3’ünü 66 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Bu veriler evde sağlık hizmetlerinin bakım gereksinimi bulunan nüfus açısından önemli bir temas noktası olduğunu, sosyal bakım ve günlük yaşam desteğinin ise ayrı düzenlemeler gerektirdiğini ortaya koymaktadır.

4.2. Kurumsal ve Toplum Temelli Hizmetler

Kurumsal ve toplum temelli bakım alanında huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, gündüzlü bakım ve aktif yaşam merkezleri, engelli bireylere yönelik gündüz hizmet merkezleri, özel bakım merkezleri ve Umut Evleri bulunmaktadır. Gündüzlü hizmetler, bakım hizmeti alan bireyin yaşadığı çevreyle bağımlı korurken aile üyelerine günün belirli bölümlerinde destek sağlayabilir. Yatılı hizmetler ise ev ortamında güvenli ve sürekli bakımın sağlanamadığı koşullarda barınma, kişisel bakım, gözetim, rehabilitasyon ve psikososyal desteği bir araya getirmektedir (Altındış ve Üner, 2023:61–62; ASHB, 2022:9–10, 13–15; ASHB, 2016).

Mevcut hizmetler farklı gereksinimlere karşılık vermekle birlikte ortak bir uzun süreli bakım sistemi içinde bütünleşmemiştir. Evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, evde bakım yardımı ve sosyal bakım hizmetleri ASHB, yerel destekler belediyeler, kurumsal bakım ise kamu ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Cansever (2024:505, 509), çok başlılık, tekrar eden değerlendirmeler, bilgi sistemleri arasındaki uyumsuzluk, görev sınırlarının belirsizliği ve ödeme düzenindeki dağınıklığı temel sorunlar arasında değerlendirmektedir. Bu parçalı görünüm, bakım hizmeti alan birey ile ailesinin farklı

kurumlara başvurmasını ve gereksinimin farklı hizmet alanlarında yeniden değerlendirilmesini gerektirebilmektedir.

Finansman da farklı programlara dağılmıştır. Evde bakım yardımı sosyal yardım bütçesinden, evde sağlık hizmetleri sağlık sistemi içinden, kurumsal bakım ise hizmetin türüne göre kamu bütçesi veya bireysel ödemelerden karşılanmaktadır. Hizmet sunumu kamu ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Daver ve Kolluoğlu (2022:80–83), evde sunulan hizmetlerde mevzuat, uygulama ve erişim sorunlarının birlikte ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Türkiye’de bakım sigortasının olası rolü yeni bir ödeme kalemi oluşturmakla sınırlandırılmamalıdır. Ortak değerlendirme, yönlendirme, bakım planı, kurumlar arası veri paylaşımı, hizmet kalitesi ve aile içinde bakım hizmeti sunan bireylerin korunması aynı kurumsal çerçeve içinde düzenlenmelidir.

5. JAPONYA UZUN SÜRELİ BAKIM SİGORTASI

Bu bölümde Japonya’daki uzun süreli bakım sigortasının kuruluş amacı, kapsamı ve hak kazanma koşulları incelenmektedir. Finansman, hizmet sepeti, belediyelerin rolü, bakım yöneticiliği ve toplum temelli bütünsel bakım yaklaşımı sistemin işleyişi içinde ele alınmaktadır. Güncel yararlanıcı, maliyet ve bakım iş gücü verileri üzerinden mali sürdürülebilirlik, bölgesel farklılıklar ve aile içinde bakım hizmeti sunan bireylerin korunmasına ilişkin sınırlılıklar değerlendirilmektedir.

5.1. Kuruluş, Kapsam ve Hak Kazanma

Japonya’da uzun süreli bakım sigortası 2000 yılında yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi ve bakım sorumluluğunun kadınlar üzerinde yoğunlaşması karşısında bakımın toplumca desteklenmesi amacıyla kurulmuştur. Kuruluş söyleminde aile tarafından yürütülen bakımdan toplum tarafından desteklenen bakıma geçiş vurgulanmıştır (Tsutsui, 2010:372). Sistem Alman sosyal bakım sigortası deneyiminden yararlanmış, ancak belediye temelli yönetim ve profesyonel hizmet önceliğiyle farklı bir kurumsal düzen geliştirmiştir (Campbell vd., 2010:89–92).

Japonya’da 40 yaş ve üzerindeki bireyler uzun süreli bakım sigortasında iki sigortalı grubuna ayrılmaktadır. Altmış beş yaş ve üzerindeki bireyler birincil sigortalı, sağlık sigortası kapsamındaki 40–64 yaş grubu ise ikincil sigortalıdır. Birincil sigortalılar bakım gereksiniminin nedenine bakılmaksızın hizmetlerden yararlanabilir. İkincil sigortalıların hak sahipliği ise mevzuatta sayılan yaşla bağlantılı hastalıklardan kaynaklanan bakım gereksinimine bağlıdır (Ministry of Health, Labour and Welfare [MHLW], 2024b:1). Bu sınırlılık, 40 yaş altındaki bireyler ile 40–64 yaş grubunda bakım gereksinimi mevzuatta belirtilen hastalıklardan kaynaklanmayan bireyleri uzun süreli bakım sigortası kapsamının dışında bırakmaktadır. Türkiye’de engelli çocuklara ve genç yetişkinlere bakım hizmeti sunan aileler açısından Japonya’daki yaş ve hastalık koşullarının doğrudan benimsenmesi kapsama ilişkin önemli bir boşluk oluşturur.

Hizmetten yararlanmak isteyen birey veya ailesi belediyeye başvurmaktadır. Standart değerlendirme ile doktor görüşü birlikte ele alınarak bireyin bakım gereksinimi belirlenmektedir. Daha sınırlı destek gereksinimi bulunanlar iki önleyici destek düzeyinden birine, daha yoğun bakım gereksinimi bulunanlar beş bakım derecesinden birine yerleştirilmektedir (Ikegami, 2007:425–426; MHLW, 2024b:3). Gelir, bakım hizmetlerine hak kazanmayı belirlememekte, prim ve kullanıcı katkısı üzerinde etkili olmaktadır.

5.2. Finansman, Hizmet Sepeti ve Yerel Yönetim

Japonya’da uzun süreli bakım sigortasının finansmanı %50 kamu kaynağı ve %50 sigorta primi bileşiminden oluşmaktadır. Prim payının %23’ü 65 yaş ve üzerindeki birincil sigortalılardan, %27’si 40–64 yaş arasındaki ikincil sigortalılardan karşılanmaktadır. Kullanıcılar gelirlerine göre hizmet maliyetinin %10’u, %20’si veya %30’u oranında katkı ödemektedir (MHLW, 2024b:2). Prim, vergi ve

kullanıcı katkısını bir araya getiren bu düzen, mali sorumluluğu merkezi yönetim, yerel yönetimler, sigortalılar ve hizmet kullanıcıları arasında paylaştırmaktadır.

Belediyeler sigortacı olarak başvuruları almakta, ihtiyaç değerlendirmesini yürütmekte, hizmet ağını planlamakta ve sunucuları izlemektedir. Merkezi yönetim ulusal kuralları ve hizmet standartlarını belirlerken belediyeler nüfusun gereksinimine göre yerel hizmetleri örgütlemektedir (MHLW, 2024b:1–3; Tsutsui, 2010:374–376). Bu görev paylaşımı finansman ile yerel planlama arasında doğrudan bağlantı kurmaktadır. Yerel nüfusun özelliklerine uyum sağlama imkanı sunsa da belediyelerin mali kapasitesi ve hizmet sunucusu dağılımındaki farklılıkların izlenmesini gerektirmektedir.

Bakım yöneticisi, belirlenen bakım derecesi ve hizmet tavanına göre bireysel bakım planını hazırlamakta, uygun hizmet sunucularının seçilmesine yardımcı olmakta ve planın uygulanmasını izlemektedir (Ikegami, 2007:425–426). Evde bakım, evde hemşirelik, gündüzlü bakım, kısa süreli yatılı bakım, rehabilitasyon, yardımcı araçlar ve kurumsal bakım aynı sigorta kapsamında düzenlenmektedir (MHLW, 2024b:2–3). Bakım yöneticiliği, değerlendirme ile hizmet kullanımı arasındaki bağlantıyı kurarak ailelerin farklı programlar arasında yön bulma yükünü azaltabilecek bir mesleki işlev sunmaktadır.

Toplum temelli bütünleşik bakım yaklaşımı sağlık, sosyal bakım, günlük yaşam desteği, barınma ve önleyici hizmetlerin yerel düzeyde eşgüdümünü amaçlamaktadır. Resmi hizmetlerin yanında gönüllülük ve karşılıklı yardım gibi yerel kaynaklara da yer verilmektedir. Morikawa (2014:1–2, 8–9), bu yaklaşımın sağlık ve sosyal bakım sistemlerinin farklı coğrafi alanlarını uzlaştırma, kar amacı taşıyan sunucuları denetleme ve yerel kaynakları eşgüdümleme gerektirdiğini belirtmektedir. Yazar, bütünleşik bakımın etkisinin varsayım olarak kabul edilmemesi ve sonuçların ampirik araştırmalarla değerlendirilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.

5.3. Güncel Veriler ve Sistemin Sınırlılıkları

MHLW'nin Eylül 2025'te yayımladığı istatistiklere göre, 2024 mali yılında (Nisan 2024–Mart 2025) en az bir kez uzun süreli bakım veya bakım önleme hizmetinden yararlanan birey sayısı 6 milyon 754 bindir. Bir önceki mali yılla karşılaştırıldığında yararlanıcı sayısı 121.900 artmış ve bu değişim %1,8'e karşılık gelmiştir (MHLW, 2025:2). Aynı istatistikte 2024 mali yılı toplam maliyeti 11.938.109 milyon yen, yaklaşık 11,94 trilyon yen olarak bildirilmiştir. Toplam, sigorta ödemesi, kamu payı ve kullanıcı katkısını kapsamakta, belediyelerin doğrudan ödediği bazı geri ödemeleri kapsamamaktadır. Maliyet 2023 mali yılına göre %3,7 yükselmiştir (MHLW, 2025:6). Bu açıklamalar, yararlanıcı ve maliyet verilerinin tarihini, birimini ve kapsamını güncel resmi istatistikler üzerinden değerlendirmeye imkan vermektedir.

Harcama artışı tek başına sistem başarısızlığı olarak yorumlanamaz. Önceden aile içinde karşılanan veya karşılanmayan gereksinimlerin resmi hizmet talebine dönüşmesi, nüfusun yaşlanması ve hizmet fiyatlarındaki değişim harcamayı etkileyebilir. Bununla birlikte primler, kullanıcı katkıları, hizmet tavanları ve kamu payı mali sürdürülebilirlik açısından düzenli olarak gözden geçirilmelidir. Gelire göre farklılaşan katkı payı mali sorumluluğu paylaşırken hizmet kullanımında dağılımsal sonuçlar doğurabilmektedir. Ağustos 2015'te katkı oranı %10'dan %20'ye çıkarılan yüksek gelirli grupta uzun süreli bakım hizmeti kullanımının azaldığını bildiren araştırma, katkı artışının hizmet kullanımına etkisinin gelir grupları temelinde izlenmesi gerektiğine işaret etmektedir (Soga vd., 2020:685).

Bakım iş gücü sistemin bir başka sınırlılığdır. MHLW, 2022 yılında yaklaşık 2,15 milyon olan bakım çalışanı sayısına karşılık 2026 mali yılında yaklaşık 2,40 milyon, 2040 mali yılında 2,72 milyon çalışana gereksinim duyulacağını öngörmektedir. Bakanlık bu fark karşısında ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların meslekte tutulması, eğitim, verimlilik ve yabancı iş gücünün çalışma ortamına ilişkin düzenlemeleri politika alanları arasında saymaktadır (MHLW, 2024a). Bu öngörüler, hak tanımının fiili hizmete dönüşebilmesi için yeterli ve nitelikli bakım iş gücünün gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

Belediye temelli yönetim yerel gereksinimlere uyumu desteklemekle birlikte hizmet sunucularının dağılımı ve yerel kapasite bakımından bölgesel farklılıklar doğurabilmektedir. MHLW'nin güncel istatistiklerinde yararlanıcı başına maliyetler bölgesel olarak ayrı yayımlanmaktadır (MHLW, 2025:8). Morikawa (2014:8–9) da farklı coğrafi alanlarda işleyen sağlık ve sosyal bakım sistemlerinin eşgüdümünü temel güçlüklerden biri olarak göstermektedir. Bu nedenle yerelleşme, ulusal erişim ve kalite standartları ile mali dengeleme araçlarıyla birlikte ele alınmalıdır.

Japonya'da aile bakımına doğrudan nakdi yardım sunulmaması, sigorta kaynağını lisanslı profesyonel hizmetlere yönlendirme tercihinin sonucudur (Ikegami, 2007:430–431; Campbell vd., 2010:90–92). Bu tercih bakımın aile içinde ücretsiz kadın emeğine dönüşmesini sınırlama potansiyeli taşımaktadır. Buna karşılık hizmetlerin erişilebilir olmadığı veya ailelerin hizmet kullanmadığı koşullarda bakım sorumluluğu aile içinde sürebilir. Yamada ve Shimizutani'nin (2015:79–88) 2010 yılı yatay kesit verilerine dayanan çalışması, ebeveyn bakım hizmeti sunmanın özellikle kadınların çalışma olasılığı ve çalışma saatleriyle olumsuz ilişkili olduğunu, sigorta hizmetlerinden yararlanmanın bu dezavantajı sınırlı ölçüde hafiflettiğini bildirmektedir. Çalışmanın tasarımı nedensel çıkarımı sınırlandırırsa da profesyonel hizmet güvencesinin bakım izni, esnek çalışma, iş güvencesi ve danışmanlıkla tamamlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Sigorta hizmetleri çalışma yaşamına ilişkin düzenlemelerle desteklenmektedir. Belirli koşulları karşılayan çalışanlar, bakım gereksinimi bulunan her aile üyesi için üç parçaya bölünebilen toplam 93 güne kadar aile bakım izni kullanabilmekte ve izin döneminde önceki ücretin %67'si oranında ödeme alabilmektedir. Yıllık beş veya on günlük kısa izin ile kısaltılmış ve esnek çalışma seçenekleri de düzenlenmiştir (MHLW, 2024b:4). Bu haklar kayıtlı istihdamdaki çalışanlar için koruma sağlamakta, çalışma yaşamının dışında bulunan aile üyelerinin gelir ve sosyal sigorta gereksinimlerini ise karşılamamaktadır.

6. TÜRKİYE–JAPONYA KARŞILAŞTIRMASI

Almanya makalenin ana karşılaştırma vakaları arasında yer almamaktadır. Bu ülke bakım gereksiniminin bağımsız bir sosyal risk olarak tanınabileceğini gösteren tamamlayıcı bir örnek olarak ele alınmıştır. Almanya'da bakım sigortasının 1994 tarihli yasayla kurulması ve 1995'te uygulanmaya başlanması, bakım maliyetleri nedeniyle sosyal yardıma yönelen haneler ile yerel yönetimlerin mali baskısına verilen kurumsal bir yanıttır (Rothgang, 2010:437–438). Japonya ise bakımın yerel örgütlenmesi, bakım yöneticiliği ve profesyonel hizmetler yoluyla aile yükünün azaltılması bakımından Türkiye ile daha doğrudan bir karşılaştırma zemini sunmaktadır (Campbell vd., 2010:89–92; Tsutsui, 2010:372–376).

Tablo 1, iki ülkeyi önceden belirlenen on başlık altında karşılaştırmaktadır. Türkiye'de kapsam, hak kazanma ve finansman programlara göre değişirken Japonya'da bu unsurlar tek bir sigorta çatısı altında düzenlenmektedir. Buna karşılık Japonya'nın yaş ve hastalık koşulları ile kullanıcı katkıları evrensel kapsama ve mali korumaya ilişkin sınırlılıklar doğurmaktadır.

Tablo 1. Türkiye ve Japonya Uzun Süreli Bakım Düzenlemelerinin Karşılaştırılması

Karşılaştırma başlığı	Türkiye	Japonya
Kapsam	Evde bakım yardımı, evde sağlık, gündüzlü ve yatılı bakım ayrı programlarda yürütülmektedir.	Tüm 65 yaş ve üzerindeki bireyler ile sağlık sigortası kapsamındaki 40–64 yaş grubu sigortalıdır. Hizmet hakkı yaş grubuna göre farklılaşmaktadır.

Karşılaştırma başlığı	Türkiye	Japonya
Hak kazanma	Gelir, engellilik, bakım ve tıbbi gereksinim ölçütleri programa göre değişmektedir.	65 yaş ve üzerindeki bireylerde bakım gereksiniminin nedenine ilişkin bir koşul bulunmamaktadır. 40–64 yaş grubunda hak sahipliği, bakım gereksiniminin mevzuatta sayılan hastalıklardan kaynaklanmasına bağlıdır.
İhtiyaç değerlendirmesi	Hizmet alanlarına göre ayrı değerlendirmeler yapılabilmektedir.	Standart değerlendirme ve doktor görüşüyle iki destek ve beş bakım derecesi belirlenir.
Finansman	Sosyal yardım bütçesi, sağlık sistemi, kamu bütçesi ve bireysel ödemeler farklı programlara göre kullanılmaktadır.	Finansmanın %50'si kamu kaynaklarından, %50'si primlerden karşılanır.
Hizmet sepeti	Nakdi yardım, evde sağlık, gündüzlü, toplum temelli ve yatılı hizmetler farklı kurumsal hatlardır.	Evde bakım, evde hemşirelik, gündüzlü bakım, kısa süreli bakım, rehabilitasyon, yardımcı araçlar ve kurumsal bakım sigorta kapsamındadır.
Yerel yönetimlerin rolü	Belediyeler tamamlayıcı evde destek ve sosyal hizmetler sunabilir, sigortacı rolü bulunmamaktadır.	Belediyeler sigortacı, planlayıcı ve izleyici olarak görev yapar.
Bakım yöneticiliği	Ülke genelinde bütün hizmetleri bağlayan standart bir bakım yöneticiliği bulunmamaktadır.	Bakım yöneticisi bireysel bakım planını hazırlar, hizmet seçimini destekler ve uygulamayı izler.
Bakım hizmeti sunan bireylere destek	Evde bakım yardımı nakdi destek sağlamaktadır. Eğitim, danışmanlık, mola ve ikame bakım ülke genelinde standart bir hak olarak bütünleşmemiştir.	Doğrudan aile bakım ödemesi yoktur. Profesyonel hizmetlere ek olarak aile bakım izni ve esnek çalışma hakları bulunmaktadır. Buna rağmen bakım sorumluluğu aile içinde sürebilir.
Cepten ödeme	Uzun süreli bakımın tüm bileşenlerini kapsayan ortak bir katkı ve harcama koruma düzeni bulunmamaktadır.	Kullanıcı katkısı gelire göre hizmet maliyetinin %10'u, %20'si veya %30'udur.
Sürdürülebilirlik	Yaşlanma ve kurumsal parçalanma ile kayıt dışı çalışanların ve prim ödeme gücü sınırlı hanelerin nasıl kapsanacağı sürdürülebilirlik açısından önem taşımaktadır.	Harcama artışı, bakım iş gücü gereksinimi, bölgesel farklılıklar ve katkı paylarının hizmet kullanımına etkisi önem taşımaktadır.

Kaynak: Altındış ve Üner (2023:61–62), ASHB (2016; 2022:9–10, 13–15; 2025:110; 2026:114), Cansever (2024:505, 509), Daver ve Kolluoğlu (2022:80–83), Doğusan (2019:685–688), Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği (2023: md. 5, 15, 18), Ikegami (2007:425–426, 430–431), MHLW (2024a; 2024b:1–4; 2025:2, 6, 8), Morikawa (2014:8–9), Soga vd. (2020:685–690), Tsutsui (2010:374–376) ile Yamada ve Shimizutani (2015:79–88) temelinde yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Hak kazanma koşulları ve ihtiyaç değerlendirmesi bakımından Türkiye’de programlara göre değişen ölçütler kullanılmaktadır. Japonya’da ise hak sahipliği yaş grubuna göre farklılaşmakta, bakım gereksinimi standart değerlendirme ve doktor görüşü doğrultusunda sınıflandırılmaktadır (Cansever, 2024:505, 509; Ikegami, 2007:425–426; MHLW, 2024b:1, 3). Hizmet sepeti Türkiye’de farklı kurumsal hatlara dağılmışken Japonya’da evde ve kurumsal bakım seçenekleri aynı sigorta kapsamında düzenlenmektedir (ASHB, 2016; 2022:9–10, 13–15; MHLW, 2024b:2–3). Türkiye’de belediyeler tamamlayıcı hizmetler sunarken Japonya’da sigortacı, planlayıcı ve izleyici olarak görev yapmaktadır (MHLW, 2024b:1–3; Tsutsui, 2010:374–376). Türkiye’de bütün hizmetleri ilişkilendiren ve ülke genelinde uygulanan standart bir bakım yöneticiliği bulunmamaktadır. Japonya’da ise bakım yöneticisi bireysel bakım planının hazırlanmasını ve hizmetlerin izlenmesini üstlenmektedir (Cansever, 2024:505, 509; Ikegami, 2007:425–426).

Cepten ödeme bakımından Türkiye’de uzun süreli bakımın bütününe kapsayan ortak bir mali koruma düzeni yoktur. Japonya’da kullanıcı katkısı gelire göre hizmet maliyetinin %10’u, %20’si veya %30’u olarak belirlenmektedir (MHLW, 2024b:2). Türkiye’de sürdürülebilirlik değerlendirilirken kurumsal parçalanmanın azaltılması ile kayıt dışı çalışanların ve prim ödeme gücü sınırlı hanelerin nasıl kapsanacağı dikkate alınmalıdır (Cansever, 2024:505, 509). Japonya’da ise artan harcamalar, bakım iş

gücü gereksinimi, bölgesel farklılıklar ve katkı paylarının hizmet kullanımına etkisi izlenmesi gereken alanlardır (MHLW, 2024a; 2025:6, 8; Soga vd., 2020:685–690).

Kapsam bakımından Japonya'nın 65 yaş ve üzerindeki bireylere bakım gereksiniminin nedenine bakılmaksızın hak tanınması güçlü bir güvence sunmaktadır. Buna karşılık 40 yaş altındaki bireylerin kapsam dışında kalması ve 40–64 yaş grubunda hastalık koşulu bulunması, Türkiye'de engellilik nedeniyle uzun süreli bakım gereksinimi bulunan çocuklar ve çalışma çağındaki bireyler için kapsama boşluğu doğurur. Türkiye'de geliştirilecek bakım güvencesinin yaş, tanı veya mevcut yardım programına katılım yerine işlevsel bağımlılığı temel alması daha kapsayıcı bir yönelimdir.

Finansman bakımından Japonya prim ve kamu kaynağını eşit ağırlıkta birleştirmekte, kullanıcı katkısını gelirle ilişkilendirmektedir (MHLW, 2024b:2). Prim ağırlıklı bir düzen, kayıtlı istihdamın dışında kalan veya düzenli prim ödeme gücü bulunmayan bireyler açısından kapsama boşluğu doğurabilir. Kamu katkısının güçlü tutulduğu, prim ve genel bütçe kaynaklarını birleştiren karma finansman daha uygulanabilir görünmektedir. Kullanıcı katkısı öngörülecekse düşük gelirli haneler, ağır bakım gereksinimi ve uzun süreli hizmet kullanımında mali koruma sınırları açık biçimde belirlenmelidir.

Bakım hizmeti sunan bireyler açısından Japonya profesyonel hizmetler ve yerel eşgüdüm yönüyle öne çıkmaktadır. Aile bakımına doğrudan ödeme yapılmaması, sigorta kaynaklarını profesyonel hizmetlere yönlendiren bir tercihtir (Ikegami, 2007:430–431; Campbell vd., 2010:90–92). Bu düzenleme, bakımın aile içinde ücretsiz kadın emeği olarak kalıcılışmasını sınırlama potansiyeli taşımaktadır. Ancak hizmet kapasitesinin yetersiz olduğu bölgelerde veya bakım hizmeti alan bireyin profesyonel hizmet kullanmadığı koşullarda aile üyelerinin gelir kaybını ve sosyal güvenlik gereksinimini tek başına karşılayamaz. Türkiye açısından uygun yaklaşım, erişilebilir profesyonel hizmetleri bakım hizmeti sunan bireyin eğitim, danışmanlık, mola, izin, istihdam ve sosyal güvenlik haklarıyla birlikte düzenlemektir.

7. TÜRKİYE İÇİN POLİTİKA ÖNERİLERİ

Bu bölümde Türkiye'deki mevcut hizmet örgütlenmesine ilişkin değerlendirmeler, Japonya deneyimi ve Almanya'daki tamamlayıcı uygulamalar doğrultusunda bakım güvencesine yönelik politika önerileri sunulmaktadır. Öneriler, kapsam ve ortak ihtiyaç değerlendirmesi, tek başvuru noktası ve bakım yöneticiliği, bakım hizmeti sunan bireylerin korunması ile finansman, hizmet kapasitesi ve mali koruma başlıkları altında ele alınmaktadır. Doğrudan model aktarımı yerine Türkiye'nin demografik, kurumsal ve mali koşullarına uyarlanabilecek düzenlemelere odaklanılmaktadır.

7.1. Kapsam ve Ortak İhtiyaç Değerlendirmesi

Türkiye'de oluşturulacak bakım güvencesinin başlangıç noktası tanı, yaş veya mevcut yardım programına katılım yerine işlevsel bağımlılık olmalıdır. Bireyin hareketlilik, öz bakım, bilişsel ve iletişimsel beceriler, davranışsal ve ruhsal gereksinimler, tedaviyi yönetme, günlük yaşamı sürdürme ve sosyal katılım alanlarındaki destek ihtiyacı ortak bir değerlendirmeyle belirlenebilir. Değerlendirme çocukluk, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerine uygun araçlarla yürütülmeli, bakım gereksiniminin nedeni hak sahipliğini ortadan kaldırmamalıdır.

Başvuru, değerlendirme raporuna erişim, yeniden değerlendirme, itiraz ve yargı yolları açık biçimde düzenlenmelidir. Bakım derecesi belirli aralıklarla gözden geçirilmeli, bireyin durumunda değişiklik olduğunda yeniden değerlendirme talebinde bulunma imkanı sağlanmalıdır. Ortak değerlendirme verisi, evde bakım yardımı, evde sağlık ve kurumsal bakım için tekrarlanan işlemleri azaltabilir ve kurumların görevleri korunurken bu hizmetlerin aynı bireysel bakım planı çevresinde yürütülmesini sağlayabilir.

7.2. Tek Başvuru Noktası ve Bakım Yöneticiliği

Bakım gereksinimi bulunan birey ile ailesinin farklı kurumlar arasında yön bulma yükünü azaltmak için tek başvuru noktası kurulmalıdır. Başvuru sonrasında sosyal hizmet, sağlık, rehabilitasyon ve gelir desteği gereksinimleri birlikte ele alınmalı, bakım planı sorumlu bir meslek elemanı tarafından izlenmelidir. Japonya'daki bakım yöneticiliği bu işlev açısından yararlı bir örnektir. Türkiye'de görevin sosyal hizmet uzmanı, hemşire ve diğer ilgili mesleklerin bulunduğu çok disiplinli ekipler tarafından yürütülmesi, evdeki psikososyal koşulların ve aile kaynaklarının hizmet planına katılmasını sağlayabilir (Hasgül, 2016:17–19; Kim vd., 2026:17–18, 22–23).

Bakım planında hizmet türü, sıklığı, sorumlu kuruluş, yeniden değerlendirme tarihi ve bakım hizmeti sunan bireyin destek gereksinimleri yer almalıdır. Sağlık Bakanlığı, ASHB, Sosyal Güvenlik Kurumu, belediyeler ve hizmet sunucuları arasında görev sınırları ile veri paylaşım ilkeleri mevzuatta tanımlanmalıdır. Kişisel verilerin korunması, hizmet sürekliliği ve başvuru sahibinin bilgilendirilmesi sistemin hak temelli işleyişinin parçalarıdır.

7.3. Bakım Hizmeti Sunan Bireylerin Korunması

Bakım hizmeti sunan bireyler bakım sisteminin görünür bir hak öznese olarak tanımlanmalıdır. İhtiyaç değerlendirmesi sırasında bakım hizmeti sunan bireyin sağlık durumu, bakım süresi, istihdamı, dinlenme imkanı, eğitim gereksinimi ve sosyal desteği ayrı bir araçla incelenmelidir. Eğitim, danışmanlık, evde profesyonel destek, gündüzlü bakım, kısa süreli yatılı bakım, gece desteği ve planlı mola hizmetleri bakım derecesine göre tanımlanmış haklar halinde sunulmalıdır (Rocard ve Llena-Nozal, 2022:28–32).

Nakdi destek hizmet seçeneklerinin yerine geçmemelidir. Evde bakım yardımının bakım hizmeti alan bireyin temel gereksinimlerine katkısı korunurken bakım hizmeti sunan bireyin emeklilik primi, kaza sigortası, bakım izni ve işe dönüş desteği ayrıca düzenlenmelidir. Almanya'da belirli koşulları karşılayan aile üyelerinin emeklilik primlerinin bakım fonunca ödenmesi ve bu bireylerin prim ödemedi kaza sigortası kapsamına alınması, bakım hizmeti sunan bireylere yönelik sosyal güvenlik desteği açısından tamamlayıcı bir örnek oluşturmaktadır (Rothgang, 2010:439). Ücretli çalışanlar için esnek çalışma ve izin, çalışma yaşamı dışında kalanlar için sosyal sigorta primi, yoğun bakım sunanlar için düzenli mola hizmeti birlikte ele alınabilir. Bu araçların kadınların ücretsiz bakım rolünü kalıcılaştırmaması için profesyonel hizmet kapasitesi ve istihdama dönüş desteğiyle eşgüdümü yürütülmesi gerekir.

7.4. Finansman, Hizmet Kapasitesi ve Mali Koruma

Karma finansman genel bütçe, sigorta primi ve sınırlı kullanıcı katkısını bir araya getirebilir. Genel bütçe payı düşük gelirli haneler ile prim ödeme gücü bulunmayan bireylerin kapsamını güvence altına almalıdır. Prim oranı, hak kazanma süresi, devlet katkısı ve kullanıcı ödemeleri etki analizlerine dayalı olarak kademeli biçimde belirlenmelidir. Cepten ödemenin ağır bakım gereksiniminde hane gelirini aşındırmasını önlemek için gelir ve bakım derecesine bağlı üst sınırlar konulmalıdır.

Finansman düzenlemesi hizmet kapasitesiyle birlikte planlanmalıdır. Evde profesyonel bakım, gündüzlü hizmet, kısa süreli bakım ve rehabilitasyon sunucuları yetersiz kaldığında sigorta hakkı fiili erişime dönüşmez. Bölgesel ihtiyaç haritaları hazırlanmalı, bakım çalışanlarının eğitimi ve çalışma koşulları güçlendirilmeli, kırsal bölgeler için ek finansman ve hareketli ekipler geliştirilmelidir. Hizmet kalitesi bağımsız denetim, asgari personel standartları, şikayet ve itiraz yolları ile düzenli sonuç göstergeleri üzerinden izlenmelidir.

8. SONUÇ

Bu anlatı derlemesi, Türkiye’de evde bakım hizmeti sunan bireylerin korunması açısından bakım sigortasının bir ödeme düzeniyle sınırlandırılmasının bu bireylerin gereksinimlerini karşılamaya yetmeyebileceğine işaret etmektedir. Türkiye’de evde bakım yardımı, evde sağlık, gündüzlü ve yatılı sosyal bakım hizmetlerinin farklı kurumlar ve finansman kanalları içinde yürütülmesi ortak değerlendirme, yönlendirme ve hizmet sürekliliği gereksinimini artırmaktadır. Bakım hizmeti sunan bireylerle yürütülen farklı araştırmalar, bakım yükü ve tükenmişliğe ek olarak sosyal destek, gelir ve dinlenme gereksinimlerine ilişkin güçlükler bulunduğuna işaret etmektedir.

Japonya modeli, standart ihtiyaç değerlendirmesi, belediye temelli sigorta, bakım yöneticiliği ve çeşitlendirilmiş profesyonel hizmet sepetiyle ailelerin hizmetlere erişimini desteklemektedir. Aile bakım izni, ücret ikamesi, kısa süreli izin ve esnek çalışma seçenekleri kayıtlı çalışanlar için tamamlayıcı koruma sağlamaktadır. Buna karşılık yaş ve hastalığa bağlı kapsam koşulları, gelire göre belirlenen kullanıcı katkıları, artan maliyetler, bakım iş gücü gereksinimi, bölgesel hizmet farklılıkları ve aile içi bakımın özellikle kadınların çalışma yaşamı üzerindeki etkisinin sürmesi, modelin mali koruma, hizmet kapasitesi ve toplumsal cinsiyet açısından sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Almanya örneği bakım riskinin ayrı bir sosyal sigorta kolu olarak tanınabileceğini açıklayan tamamlayıcı bir deneyimdir. Makalenin ana karşılaştırması Japonya ile sınırlıdır.

Türkiye için önerilen çerçeve işlevsel bağımlılığa dayalı kapsam, hak temelli ortak değerlendirme, tek başvuru noktası, bireysel bakım planı, bakım yöneticiliği, erişilebilir profesyonel hizmetler ve bakım hizmeti sunan bireylere eğitim, danışmanlık, mola, izin ve sosyal sigorta desteğini bir araya getirmektedir. Kamu katkısının güçlü olduğu karma finansman, düşük gelirli haneler ve ağır bakım gereksinimi için mali koruma sağlamalıdır. Bu önerilerin maliyet, hizmet kapasitesi, toplumsal cinsiyet ve bölgesel eşitlik üzerindeki etkileri pilot uygulamalarla değerlendirilmeli, sonuçlara göre kademeli genişleme benimsenmelidir.

Çalışmanın anlatı derlemesi olması kaynak seçimine ve ülke karşılaştırmasına ilişkin sınırlılıklar taşımaktadır. Japonya’nın kurumsal özellikleri Türkiye’nin idari, demografik ve mali koşullarından farklıdır. Bu nedenle öneriler nedensel etki kanıtı veya hazır bir model olarak yorumlanmamalıdır. Türkiye’de bakım gereksinimi bulunan hanelerin hizmet kullanımı, cepten harcamaları, bakım emeği ve istihdam sonuçlarını inceleyen temsil gücü yüksek araştırmalar gelecekteki tasarım için gereklidir.

KAYNAKÇA

- Altındış, E. ve Üner, E. (2023). “Yaşlı bakım modellerinin karşılaştırılması”, *Geriatik Bilimler Dergisi*, 6(1), 60–71. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1099573>
- Baumeister, R. F. ve Leary, M. R. (1997). “Writing narrative literature reviews”, *Review of General Psychology*, 1(3), 311–320. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Campbell, J. C., Ikegami, N. ve Gibson, M. J. (2010). “Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan”, *Health Affairs*, 29(1), 87–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548>
- Cansever, İ. H. (2024). “Türkiye’nin evde bakım paradoksu: Buurtzorg modeli üzerine bir politika değerlendirme araştırması”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(4), 505–519. <https://doi.org/10.37880/cumuiibf.1458508>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. ve Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>

- Dağdeviren, T. S., Demir, N., Adahan, D., Dağdeviren, M. ve Tekin, O. (2020). “Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 186–195. <https://doi.org/10.21763/tjfmprc.730172>
- Danış, M. Z. (2005). “Toplum temelli bakım anlayışı”, *Öz-Veri Dergisi*, 2(1), 445–459.
- Daver, T. ve Kolluoğlu, M. P. (2022). “Türkiye’de evde sağlık hizmetleri: Mevzuat, uygulama ve ulaşılabilirlik”, *Aydın Sağlık Dergisi*, 8(2), 71–85. https://doi.org/10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v08i2001
- Doğusan, A. R. (2019). “Türkiye’de evde sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve gelişimi”, *Ankara Medical Journal*, 19(3), 684–693. <https://doi.org/10.17098/amj.624563>
- Evde Bakım Yardımı Yönetmeliği. (2023, 26 Mayıs). *Resmî Gazete* (Sayı: 32202). <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/evde-bakim-yardimi-yonetmeliği-1/> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Gündoğdu, Y. (2014). *Ağır düzeyde ortopedik engelli bireylere evde bakım hizmeti sunan bakıcıların sorunları ve dini değerlerinin bakım hizmeti sunumundaki katkısı*, Yüksek Lisans Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize.
- Hasgöl, E. (2016). “Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının işlevleri ve rolleri”, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 7, 14–21. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd/issue/52312/684981> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Ikegami, N. (2007). “Rationale, design and sustainability of long-term care insurance in Japan: In retrospect”, *Social Policy & Society*, 6(3), 423–434. <https://doi.org/10.1017/S1474746407003739>
- Kalınkara, V. ve Kalaycı, I. (2017). “Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19–39. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/article/311705> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Karataş, Z. (2011). *Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkamadaki etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Rize Üniversitesi, Rize.
- Kayaarslan, S. (2020). “Evde bakım hizmeti kapsamındaki engelli bakıcılarının sosyal ilişkileri ve sosyal destek durumları”, *Kesit Akademi Dergisi*, 6(24), 145–172. <https://doi.org/10.29228/kesit.45885>
- Kim, S., Llana-Nozal, A., Lorenzoni, L. ve Patrini, V. (2026). *How can co-ordination improve long-term care delivery?*, OECD Health Working Papers No. 192, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/38332894-en>
- Liu, Z., Heffernan, C. ve Tan, J. (2020). “Caregiver burden: A concept analysis”, *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2025). *Reiwa 6-nendo kaigo kyūfuhitō jittai tōkei no gaikyō* [Overview of fiscal year 2024 statistics on long-term care benefit expenditures]. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/24/dl/11.pdf> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2024a). *Dai 9-ki kaigo hoken jigyo keikaku ni motozuku kaigo shokuin no hitsuyō-sū ni suite* [Care worker requirements based on the ninth long-term care insurance business plan]. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_41379.html (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).

- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2024b). *Long-term care insurance system*. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614772.pdf> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Morikawa, M. (2014). “Towards community-based integrated care: Trends and issues in Japan’s long-term care policy”, *International Journal of Integrated Care*, 14(1), Article e005. <https://doi.org/10.5334/ijic.1066>
- Rocard, E. ve Llena-Nozal, A. (2022). *Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind*, OECD Health Working Papers No. 140, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Rothgang, H. (2010). “Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model”, *Social Policy & Administration*, 44(4), 436–460. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>
- Sarioğlu, Ç. ve Sezgin Emüler, D. (2025). “Türkiye’de evde sağlık hizmetleri sunumu: Orijinal araştırma”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(3), 163–185. <https://doi.org/10.70915/spkd.1758660>
- Soga, Y., Murata, F., Maeda, M. ve Fukuda, H. (2020). “The effects of raising the long-term care insurance co-payment rate on the utilization of long-term care services”, *Geriatrics & Gerontology International*, 20(7), 685–690. <https://doi.org/10.1111/ggi.13935>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2026). *2025 yılı faaliyet raporu*. <https://www.aile.gov.tr/media/289547/faaliyet-raporu-2025-pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2025). *2024 yılı faaliyet raporu*. https://www.aile.gov.tr/media/197323/faaliyet-raporu-2024_son_28-02-2025.pdf (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2022). *Engelli bireylere yönelik gündüz hizmet merkezi rehberi*. https://www.aile.gov.tr/media/97638/engelli_bireylere_yonelik_gunduz_hizmet_merkezi_rehberi.pdf (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2016). *Engelli bireylere yönelik umut evleri yönergesi*. <https://www.aile.gov.tr/uploads/eyhgm/uploads/pages/yonergeler/engelli-bireylere%20yonelik-umut-evleri-yonergesi.pdf> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Tsutsui, T. (2010). “The current state and future development of the long-term care insurance system in Japan”, *Journal of the National Institute of Public Health*, 59(4), 372–379. <https://www.niph.go.jp/en/journal-en/data-59-4-e59-4-en/> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). *İstatistiklerle yaşlılar, 2024*. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/ist_yasli2024.pdf (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Türkiye İstatistik Kurumu ve UN Women Türkiye. (2026). *Türkiye’de istatistiklerle kadın: 2025*. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/ist_kadin2025.pdf (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*, Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/186463> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- World Health Organization ve World Bank. (2011). *World report on disability*, Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575> (Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2026).
- Yamada, H. ve Shimizutani, S. (2015). “Labor market outcomes of informal care provision in Japan”, *The Journal of the Economics of Ageing*, 6, 79–88. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2015.02.003>