

# DÜNYADA YAŞLILARA YÖNELİK SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALAR VE HİZMETLER; İSVEÇ VE ALMANYA ÖRNEĞİ

Hatice ŞİMŞEK\*

**Öz:** Gelişmiş ülkeler öncelikli olmak üzere tüm dünya toplum yaşlanması ile karşı karşıyadır. Toplum yaşlanmasının sağlık, sosyal ve ekonomik pek çok sonucu bulunmaktadır. Yaşlanan bireylerin sağlık ve refahını desteklemek için kapsamlı ve sürdürülebilir politikalar oluşturulması gerekmektedir. Sağlık sistemleri, bu süreçte hem sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmalı hem de yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerini karşılamada daha eşitlikçi ve etkili yaklaşımlar geliştirmelidir. Birçok ülkede yaşlı sağlığı hizmetlerine yönelik politikalar, hem uzun süreli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi hem de bu hizmetlerin finansmanının sürdürülebilirliği üzerine odaklanmaktadır. Yaşlı sağlığı/ bakım politikalarının temelini erişilebilir, sürdürülebilir, insan onuruna yaraşır, birey temelli, entegre, nitelikli hizmet oluşturmaktadır. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde ve finansmanında farklı modellerin uygulanması, her ülkenin politik, ekonomik ve sosyal koşullarına bağlıdır. Bu çalışmada dünyadaki yaşlı sağlığı politikalarının temel özellikleri sunulduktan sonra İsveç ve Almanya'nın sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine ilişkin uygulamaları paylaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** yaşlanma, sağlık politikası, sağlık hizmeti, sosyal bakım

## *Health and Social Policies and Services for the Elderly In The World: The Cases of Sweden and Germany*

**Abstract:** *The whole world, particularly developed countries, is undergoing population ageing. The process of population aging gives rise to a range of consequences with implications for health, social structures, and the economy. It is necessary to establish sustainable and comprehensive policies in order to support the health and well-being of the elderly. Health systems should both enhance the accessibility of health services and implement more effective and equitable strategies to satisfy the health and social care needs of the elderly. In the majority of countries, policies pertaining to the health services of elderly should prioritize the enhancement of long-term care services, while concurrently ensuring financial sustainability of these services. The foundation of health/care policies for the elderly is comprised of accessible, sustainable, individual-based, integrated, and qualified services that uphold human dignity. The organization and financing of health services for the elderly varies across countries, depending on their political, economic and social circumstances. This paper provides fundamental features of health services for the elderly around the world and subsequently, examines the health and social care practices of Sweden and Germany.*

**Key words:** *ageing, health policy, health care, social care*

## Giriş

Tüm dünya doğurganlığın azalması ve beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla hızla yaşlanmaktadır. Dünyada 2024 yılında %10.3 olan 65 yaş ve üstü nüfus oranının 50 yıl sonra %20.7 olması öngörülmektedir. Ayrıca bağımlılığın ve bakım gereksiniminin yüksek olduğu 80 yaş ve üstü nüfusun 2024'ten 2074 yılına kadar üç kat artması beklenmektedir (UNFPA, 2024). Dünyada pek çok ülkenin toplum yaşlanmasına hazırlıklı olmaması önemli bir sorundur. Yaşlı nüfusun çoğunluğu gelişmiş ülkelerde olsa da az gelişmiş ülkelerin yaşlanan nüfusa daha hızlı uyum sağlamaları gerekmektedir. Ancak az gelişmiş ülkelerin daha düşük altyapıya, sağlık ve sosyal refah kapasitesine sahip olmaları bunun önünde engel oluşturmaktadır (World Health Organization, 2015). Dünya Sağlık Örgütüne göre toplum

yaşlanması bir fırsata dönüştürülebilir ve bunun temel koşulu sağlıklı yaşlanmadır. Yaşam boyu bakımıyla sağlıklı yaşlanma anne karnından itibaren başlayan bir süreçtir ve yaşam boyu biriken biyolojik ve sosyal riskler yaşlılık dönemindeki fonksiyonel kayıpların düzeyini belirlemektedir. Sağlıklı yaşlanma sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle yakından ilişkilidir. Sağlıkta, eğitimde, istihdamda ve gelirdede yaşanan eşitsizlikler erken yaşta başlayıp yaşam boyunca birikmektedir (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 2015). İngiltere'de yapılan bir çalışmada 65 yaş sonrası uzayan ömürün dörtte birinin engellilikle geçtiği belirtilmektedir ve başka ülkelerde de benzer bir durum söz konusudur (Guzman-Castillo ve ark., 2017). Yaşlılığa ilişkin pek çok toplantının hedefi

\*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0001-7209-485X)

Geliş Tarihi / Received : 09.12.2024

Kabul Tarihi / Accepted : 12.12.2024

ömür ve sağlıklı yaşam süresi arasındaki farkı azaltmaya ilişkindir. Öneriler genellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine, sağlıklı yaşlanmayı destekleyen bir çevrenin oluşturulmasına, çok sektörlü hizmet planlamalarına, uzun süreli bakıma, entegre birincil sağlık hizmetlerine yöneliktir. Madrid Uluslararası Yaşlılık Eylem Planının amacı her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer yurttaş olarak yaşamlarını sürdürmelerini güvence altına almaktır. Eylem planında yoksulluğun ortadan kaldırılmasını da kapsayan güvenli ileri yaş, yaşam boyu kendini gerçekleştirme ve refah, kuşaklar arası dayanışma, yaşlılıkta sağlık hizmetleri, bakım desteği ve sosyal destek, uygulamada ana paydaşların iş birliği, bilimsel çalışmalar ve uzmanlık, yaşlı azınlıkların ve göçmenlerin durumu gibi konulara yer verilmiştir (**United Nations, 2002**). Birleşmiş Milletler Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı (2021–2030) Eylem Planı ise, dört alanda kolektif eylem yoluyla sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve yaşlıların, ailelerinin ve toplumlarının yaşamlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Önerilen dört eylem alanı; yaş ayrımcılığı ile mücadele, yaşlı dostu çevre oluşturulması, uzun süreli bakım sağlanması ve yaşlı gereksinimlerine yanıt veren birincil sağlık hizmetleri sunulmasıdır. Eylem planında birincil sağlık hizmetlerinin yaşlıların gereksinimlerine yanıt veren, birey merkezli, ayrımcı olmayan, erişilebilir ve sosyal bakımla entegre olması üzerinde durulmaktadır. Ayrıca yaşlılara yönelik entegre bakımın kapsamının genişletilmesi, sağlık sistemlerine yatırım yapılmasını ve bu sistemlerin dönüştürülmesini gerektirecektir (**World Health Organization, 2020**). Dünya Sağlık Örgütü, kapsamlı toplum temelli yaklaşımlar geliştirmek ve fonksiyonel kapasitedeki düşüşleri önlemek için birincil sağlık hizmeti düzeyinde girişimlere gereksinim olduğunu belirtmektedir ve bunun için kılavuzlar yayımlamıştır. Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmetlerinin göz ardı edilmemesi, düzenli sağlık taramaları ve kronik hastalık yönetimi programları birincil sağlık hizmetleri içinde önemli yer tutmaktadır (**World Health Organization, 2018; World Health Organization, 2019**). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaş dostu birinci basamak hizmetlerine ve çevreye ilişkin rehberler hazırlanmıştır (**World Health Organization, 2004; World Health Organization, 2018**).

Yaşlı sağlığında eşitsizlikleri önlemek ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamaya ilişkin eylem planları hazırlanıp politika önerileri getirilirken diğer taraftan neoliberal politikaların emeklilik, sağlık ve sosyal hizmetler üzerine olan olumsuz etkileri eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Toplum yaşlanması genellikle emeklilik ve sağlık sistemleri üzerinde bir tehdit olarak görülmektedir. Birleşmiş Milletler yaşlanan nüfusun refahı için ülkelerin, kapsamlı politikalar, sosyal koruma

sistemleri ve işgücü, sağlık ve eğitim politikalarındaki tamamlayıcı reformlarla toplum yaşlanmasına yanıt vermesi gerektiğini belirtmektedir (**UNFPA, 2024**). Uzun süreli bakımın, gereksinim duyan herkese ulaştırılması hedeflenmektedir. Uzun süreli bakımda entegrasyon, yaşlı bireylerin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine erişimini kolaylaştırmanın yanı sıra maliyet etkinliği açısından da önemlidir. Pek çok ülke kurumsal bakımdan yerinde/ evde bakıma doğru geçiş yapmaktadır. Yerinde yaşlanma ile yaşlıların formal ve informal destek yoluyla mümkün olduğunca uzun süre evlerinde kalmalarını desteklemenin önemi vurgulanmaktadır (**Olsen ve ark., 2022**). Farklı kültürel ortamlarda yapılan araştırmalar da yaşlıların kendi evlerinde ve ortamlarında yaşamak istediklerini göstermektedir. Evde bakım gereksinimi büyük oranda aileler tarafından karşılanmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmet gereksiniminin karşılanmasının önündeki engellerin kaldırılması, nitelikli hizmete erişimin sağlanması ve planlanan hizmetlere bakım verenlere yönelik desteklerin de entegre edilmesi önemlidir (**Simsek ve ark., 2021**). Aile yapılarındaki değişim ve doğurganlığın düşmesi gelecekte bakımda aile desteğinin azalmasına neden olabilecektir. Bunun zengin toplumlara bakıcı göçünün önünü açacağı öngörülmektedir. Nitekim Akdeniz ülkelerinde toplumun uzun süreli bakım için artan gereksinimi karşılamak için kayıt dışı göçmen işçiler kullanılmaktadır (**Andersson ve Sjölund, 2022**).

**Ülke örneklerine bakıldığında yaşlı sağlığı politikalarının**, uzun süreli bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ve bu hizmetlere ilişkin finansmanın sürdürülebilirliğine odaklandığı görülmektedir. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin finansmanında farklı modellerin uygulanması, her ülkenin politik, ekonomik ve sosyal koşullarına bağlıdır. Uygulama örnekleri olarak seçilen Almanya ve İsveç, sosyal refah devletinin güçlü olduğu ve yaşlıların bakımı için devlet desteğinin yoğun olduğu farklı finansman modellerine sahiptir.

**İsveç'te Yaşlı Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri** İsveç nüfusu 2023 yılında 10.5 milyonun üzerine çıkmıştır. En büyük artış 80 yaş ve üzeri nüfus oranındadır ve beklenen yaşam süresi 83.1 yıldır. İsveç'te 65 yaşta beklenen yaşam süresi kadınlarda 21.4, erkeklerde 18.9 yıldır ve diğer Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında, 65 yaşındaki kadın ve erkeklerin, engelli olmadan geçirdikleri ek yaşam yılları önemli ölçüde daha yüksektir (**OECD, 2023a**). Artan göç ve COVID-19 pandemisi yaşlı nüfus oranını etkilese de toplam nüfusun %20.5'ini 65 yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır. Bu oranın 2050 yılında %23 olması beklenmektedir. Ülkede yaşlı nüfusun %82'sinin en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır ve özellikle

kronik hastalık maliyetinin, toplam sağlık bakım maliyetinin %80-85'ini oluşturduğu belirtilmektedir (Janlöv ve ark., 2023). Önde gelen ölüm nedenleri 2020 yılında inme ve iskemik kalp hastalığı gibi dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, Alzheimer ve diğer demanslar ile COVID-19'dur (OECD, 2023a). Demografik değişikliklerin sonucunda yaşlıların işlevsel kapasitelerini etkileyen sağlık sorunlarındaki artış, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için destek gereksinimlerini artırmaktadır (Olsen ve ark., 2022).

İsveç'te sağlık sisteminin finansmanı %86 kamu tarafından genellikle vergilerle karşılanmakta ve hemen hemen herkesi kapsamaktadır. Sağlık harcamalarının %14'ü özel sağlık harcamaları şeklindedir, bunun da %93'ünü cepten ödemeler oluşturmaktadır. İsveç'in toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı %11.4'tür. Belediyeler sağlık harcamalarının yaklaşık %25'inden sorumludur (Janlöv ve ark., 2023; OECD, 2023a). Hizmetlerden düşük miktarda katkı payları alınmaktadır. Katkı payı alınmayan hizmetler çocuk ve doğum hizmetleri, 24 yaşına kadar diş sağlığı hizmetleri ve 85 yaş ve üzerindeki bireylere verilen hizmetlerdir. Katkı payları nedeniyle hizmetten vazgeçen kişi sayısının, diş sağlığı hizmetlerinde görece daha yaygın olmak üzere, çok az olduğu belirtilmektedir (Janlöv ve ark., 2023).

İsveç sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve belediye olmak üzere üç düzeyde örgütlenmiştir ve genel politika oluşturma ve denetim görevlerinin merkezi olarak Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığında olduğu, hizmet sunumunun 21 bölge ve 290 belediyeye devredildiği desantralize bir sistemdir. Bu nedenle hizmet sunumunda bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve örgütlenmesinde temel sorumluluk yerel sağlık bölgelerindedir ve bölgelerde sağlık hizmetleri entegredir. Daha önce uzmanlaşmış hastane hizmetleri ön plandayken 2016'dan bu yana, devam eden reformlar birincil sağlık hizmetlerini güçlendirmeye yönelik oluşturulmuştur (Janlöv ve ark., 2023).

Birincil sağlık hizmetlerinde bölgeler ve belediyeler ortak sorumluluğa sahiptir. Bölgeler, birincil sağlık hizmeti veren sağlık merkezlerinde (*primary care centre*), toplum acil durum merkezlerinde ve anne çocuk sağlığı hizmetlerinde verilen hizmeti finanse etmekte ve yönetmektedir. Kapı-tutuculuk işlevi bölgeden bölgeye değişen sağlık merkezlerinde ekip hizmeti verilmektedir. Halk sağlığı hizmetleri kapsamında meme, servikal ve kolorektal kanser için tarama hizmetleri verilmektedir. Sağlık merkezleri kapsamındaki mobil ekipler, özellikle yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar, sık sık hastaneye yatırılanlar gibi daha çok hizmete gereksinimi olan kişilere yö-

nelik oluşturulmuştur ve gerektiğinde belediyelerle ve yataklı kurumlarla iş birliği içinde çalışmaktadır. Belediyeler engelli kişilerin bakımı, rehabilitasyon hizmetleri, evde bakım ve okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur. Belediyeler hastanelerden taburcu edilen ve daha fazla evde bakıma gereksinim duyan hastalar için temel hemşirelik hizmetini finanse etmekte ve sağlamaktadır. Hastanelerde daha kısa yatış ve daha hızlı taburculuğa doğru eğilim bulunması bu hizmete gereksinimi artırmaktadır (Janlöv ve ark., 2023).

İsveç'te belediyeler tarafından sağlanan kapsamlı, kamu tarafından finanse edilen uzun süreli bakım hizmeti verilmektedir ve ulusal politika kurumsal bakım yerine ev ortamında bakımı teşvik etmektedir. Yaşlı bireyler ve işlevsel engelliler için, Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası, Sosyal Hizmetler Yasası kapsamındaki uzun süreli bakım hizmetlerinin gelir testi, finansmanı ve organizasyonunun sorumluluğu belediyelere aittir (Janlöv ve ark., 2023). İsveç'teki yaşlı bakımı hizmetleri esas olarak belediye vergileri ve devlet yardımlarıyla finanse edilmektedir. Yerel yetkililer özel hizmet sağlayıcıları aracılığıyla hizmet sağlayabilir ve yaşlı bireyler hizmet sağlayıcılar arasından seçim yapabilirler (Olsen ve ark., 2022). Uzun süreli bakım evde ya da özel konutlarda verilmektedir. Yasaya göre bakım, kapsayıcı, eşit, gelire değil, yaşının gereksinimlerine göre sunulmalı, onur ve refahı korumalı, aktif yaşam tarzını ve günlük yaşama katılımı desteklemelidir (Olsen ve ark., 2022). İsveç'te yaşlılara yönelik entegre bakım, bölgeler ve belediyeler arasındaki koordinasyon ve bölgesel sağlık kuruluşları ile belediye sosyal bakım sağlayıcıları arasındaki iş birliğini içermektedir (Kjellberg ve Szucs, 2020). Belediye hizmetleri alan hastalara sağlık hizmeti, çok sayıda farklı sağlık merkezi ve genel pratisyenler tarafından sağlanabilmektedir ve bu da koordinasyon sorunlarına yol açabilmektedir (Janlöv ve ark., 2023).

İsveç'te evde bakım çoğunlukla aileler/akrabalar yani informal bakım vericiler tarafından sağlanmaktadır ve informal bakıcılar çoğunlukla gönüllü olarak çalışmaktadır (Jarling ve ark., 2022). İnformal bakımın yaygınlığı bakım hizmetlerindeki yetersizliğin, personel sorunlarının, farklı sağlayıcılar arasındaki koordinasyon sorunlarının, sağlık ve sosyal hizmet değerlendirilmesindeki sorunların göstergesi olabilmektedir. Sosyal Hizmetler Yasası'na göre belediyeler informal bakım verenlere destek sunmakla yükümlüdür ancak bu desteğin kapsamı açıkça belirtilmemiştir ve bu destek sağlık ve sosyal bakıma entegre edilmemiştir (Jarling ve ark., 2022). İsveç'te resmi/formal bakım hem sağlık hizmetini hem de sosyal bakımı kapsamaktadır. Evde bakım hizmeti yalnızca kişisel bakımı

(örneğin duş alma, giyinme ve soyunma, kişisel hijyen, yeme ve içme) değil, aynı zamanda yemek pişirme, temizlik, alışveriş, çamaşır yıkama ve sosyal aktivitelerde destek gibi işleri içermektedir. Belediye sağlık hizmetlerini kayıtlı hemşireler, fizyoterapistler ve mesleki terapistler gibi çalışanlarla sağlamaktadır, hekim istihdam edememektedir (Olsen ve ark., 2022; Janlöv ve ark., 2023). İsveç'te yaşlılara belediyeler tarafından geceleri evlerinde destek sağlayan mobil bakım hizmeti bulunmaktadır. Gece hizmetleri planlı destek hizmetleri olabildiği gibi acil durumlarda kullanılan güvenlik alarmlarına yanıt olarak plansız ziyaretler şeklinde de olabilir. Gece mobil ekipleri akşam 9 sabah 7 saatleri arasında çalışan eğitimli hemşirelerden oluşan çoğunlukla iki kişilik ekiplerdir (Andersson ve Sjölund, 2022).

Palyatif bakım bölgeler ve belediyelerce; hastanelerdeki, bakımevlerindeki ya da huzurevlerindeki uzmanlaşmış palyatif bakım üniteleri tarafından ya da evlerde uzmanlaşmış mobil ekipler tarafından yürütülmektedir. Yaşam sonu desteği çoğunlukla doktorlar ve kayıtlı hemşirelerden alınmaktadır ancak palyatif ekipler fizyoterapistleri, mesleki terapistleri ve danışmanları da içerebilmektedir. Palyatif bakımda uzmanlaşma olanağı olduğu gibi klinik uzmanlıkları ne olursa olsun, tüm hekimlerin palyatif bakımda birkaç günlük eğitim alması zorunludur. Hemşireler de palyatif bakımda uzmanlaşma olanağına sahiptir. Palyatif bakım gereksinimi olan hastaya bakan yakına hem psikolojik hem de maddi destek sağlanmaktadır (Jarling ve ark., 2022).

**Almanya'da Yaşlı Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri**  
Almanya'nın yaklaşık 88.2 milyonluk nüfusunda 65 yaş ve üstü nüfus oranı %22.1'dir ve 2050'de %28'e çıkması öngörülmektedir. Almanya'da doğumda beklenen yaşam süresi 80.7'dir, 65 yaşta yaşam beklentisi yaklaşık 20 yıl, sağlıklı yaşam süresi 11 yıldan fazladır. Başlıca ölüm nedeni iskemik kalp hastalığıdır, dolaşım sistemi hastalıkları ve kanserler tüm ölümlerin %55'inin nedenidir. Almanya'da 65 yaş ve üzeri bireylerin 2/5'inden fazlasında birden fazla kronik hastalık, %26'sından fazlasında temel günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık bulunmaktadır (OECD, 2023b).

Almanya'nın gayri safi yurt içi hasıladan sağlığa ayırdığı pay %12.9'dur. Sağlık harcamalarının %85.5'ini kamu kaynaklarından, %12'sini cepten ödemelerden karşılamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel finansman kaynaklarının yalnızca %2.5'ini oluşturmaktadır (OECD, 2023b). Yataklı tedaviler, tıbbi malzemeler, bazı ayaktan tedavi ve diş sağlığı hizmetleri ile uzun süreli bakıma katkı payları uygulanmaktadır. Uzun süreli bakım sigortası, maliyetlerin bir kısmını karşıladığı için cepten harcamaların yaklaşık üçte biri yataklı kurumlarda

sağlanan uzun süreli bakıma ilişkindir. Sağlık harcamalarının %27.9'u yataklı hizmetlere, %26.1'i ayaktan tedavi hizmetlerine, %14.8'i uzun süreli bakıma, %13.7'si ilaçlara harcanmaktadır (Blümel ve ark., 2020; Blümel ve ark., 2022). Almanya'da zorunlu olan sağlık sigortası, kamu ya da özel sağlık sigortası aracılığıyla sağlanmaktadır. Çalışanlar genellikle kamu sağlık sigortası kapsamındadır ancak geliri sabit bir eşğin üzerinde olan ya da belirli bir meslek grubundakiler zorunlu özel sağlık sigortasına kaydolmayı seçebilmektedirler. Nüfusun yaklaşık %87'si brüt gelire göre prim miktarı belirlenen kamu sağlık sigortası kapsamındayken yaklaşık %11'i yaş ve sağlık risklerine göre primin belirlendiği özel sağlık sigortası, %2'lik grup (örneğin askerler) özel programlar kapsamındadır. Yaklaşık 61,000 kişi de sigorta kapsamı dışındadır (Blümel ve ark., 2020; Blümel ve ark., 2022). Almanya'da sağlık sistemi desantralizedir ve federal düzey genel yasal çerçeveyi belirlerken eyalet hükümetleri halk sağlığı ve hastane hizmetlerinden sorumludur. Halk sağlığı, ayaktan tedavi, yatarak tedavi ve uzun süreli bakıma ilişkin hizmetler farklı mevzuatlarla düzenlenmektedir ve örgütlenme, finansman ve geri ödeme açısından bu hizmetler ayrılmıştır. Bu nedenle sektörler arası iş birliği ve entegre hizmet sunumuna ilişkin endişeler bulunmaktadır. Hastalar doktorlarını; genel pratisyen ve uzmanlar arasından seçebilirler. Birincil sağlık hizmetleri ve ayaktan tedavi hizmetleri çoğunlukla özel kar amacı güden hizmet sunucular tarafından sağlanırken yoğun hastane ağı kamu, özel kar amacı gütmeyen (vakıf vb) ve kar amacı güden kurumların bir karışımından oluşmaktadır (Blümel ve ark., 2022). Sigorta kapsamında meme, serviks, prostat, cilt, kolon kanserleri, kardiyovasküler, böbrek, diyabet, klamidya, abdominal aort anevrizması taramaları yapılmaktadır. Aile hekimleri ve uzmanlar tarafından sağlanan hizmetlerin koordinasyonunu iyileştirmek amacıyla 2003 yılında Hastalık Yönetim Programları (HYP) başlatılmıştır (Blümel ve ark., 2022).

Uzun süreli bakım, 1994 yılından bu yana zorunlu bakım sigortası ile (kamu ya da özel) karşılanmaktadır. Ülkede toplumun %88'i kamu, %11'i özel bakım sigortası kapsamındadır. Kamu sigortası kapsamında olanların katkı payları; çalışanlar için işverenle yarı yarıya paylaşılarak brüt maaşın %3.05'i, emeklilerin emekli maaşlarının %3.05'idir, 23 yaş ve üzeri çocuğu olmayanların katkı payı oranı %3.3'tür. Uzun süreli bakım en az altı aylık bir hizmet gereksinimini kapsamaktadır. Altı aydan kısa süreli hemşirelik hizmetleri kapsamda ise hastalık fonları ve özel sigortalar tarafından karşılanmaya devam etmektedir (Tikkanen ve ark., 2020; Blümel ve ark., 2022). Almanya'da uzun süreli bakım alanların ¼'ü kurum, ¾'ü ev ya da toplum tabanlı yaşam

alanlarında hizmet almaktadır. Kurum tabanlı "sabit bakım hizmetleri" uzun süreli ya da kısa süreli olarak verilebilir. Yaşının ameliyat, rehabilitasyon vb. sağlık sorunlarının yanı sıra bakım verenin sağlık sorunları ya da tatilde olması nedeniyle evde hizmet gereksinimi karşılanamıyorsa sekiz haftaya kadar kısa süreli kurumsal bakımdan yararlanılmaktadır. Yatılı kurumların/huzurevlerinin %53'ü kar amacı gütmeyen özel, %43'ü kar amacı güden özel kuruluşlar, %4'ü kamu özellikli kuruluşlardır. Konut tipi uzun dönemli bakım hizmeti verilen kurumlar çoğunlukla belediye mülkiyetindedir (Blümel ve ark., 2020).

Uzun süreli bakım kapsamında başvuruya dayalı hizmet verilmektedir. Başvuru sonrası Tıbbi İnceleme Kurulları tarafından yapılan gereksinim değerlendirmesi sonucunda gereksinimi var kabul edilenler beş bakım düzeyinden birine dahil edilmektedir. Başvuru yapanların en az iki yıldır sigortaya katkı sağlamış olmaları gerekmektedir. Zorunlu özel sağlık sigortası kapsamındaki çoğunluğu bu hizmeti Tıbbi İnceleme Kurullarından satın almaktadır. Değerlendirme, ölçütleri değişikliklere uğrasa da genel olarak kronik hastalık varlığı ve günlük yaşam aktivitelerine göre yapılmaktadır. Kapsamdaki hizmetler bakım derecesine bağlıdır (Tikkanen ve ark., 2020; Blümel ve ark., 2022). Ayaktan uzun süreli bakım hizmetleri evde ya da toplum tabanlı yaşam alanlarında "gezici bakım hizmetleri" ve "yarı sabit bakım hizmetleri" şeklinde verilmektedir. Gezici bakım hizmetleri gün içinde belirli saatlerde yaşlinın ev ortamında ya da toplum tabanlı yaşam alanlarında sunulurken yarı sabit bakım hizmeti evde yakınları tarafından bakım gereksinimi karşılanan yaşlinın bakım vereninin çalıştığı zamanlarda gündüz ya da gece verilen hizmettir (Çağlar, 2015). Ayaktan uzun süreli bakım hizmeti veren kuruluşların %66'sı özel kar amacı güden, %33'ü kar amacı gütmeyen, %1'i kamu kuruluşlarına aittir (Blümel ve ark., 2022).

Evde uzun süreli bakım hizmeti akrabalar tarafından informal bakım ve/veya profesyonel hemşireler tarafından formal bakım şeklinde alınabilmektedir. Evde bakım desteği alanlar aynı ve/veya nakdi desteği seçebilmektedirler. Evlerde informal bakım, haftada en az on saat ve en az iki gün düzenli olarak bir ya da daha fazla uzun süreli bakıma gereksinim duyan kişiye bakan akraba, komşu, gönüllü vb bir kişi tarafından sağlanmaktadır. Almanya'da evde bakım alanların %68-70'i informal bakım almaktadır ve informal bakım verenlerin %65-70'i kadındır. Informal bakıcılar uzun süreli bakım fonundan sosyal güvenlik yardımlarına (emeklilik, kaza ve işsizlik sigortası) hak kazanmaktadırlar. Informal bakıcılar için bakım ödeneği 2024 yılında aylık, ikinci bakım

düzeyi için 332, beşinci bakım düzeyi için 947 avrodur (Neue Deutsche Medienmacher, 2024). Informal bakım verenler eğitim kurslarına ücretsiz katılabilirler, bakım düzeyine göre her üç ya da altı ayda bir evde ücretsiz danışmanlık hizmeti alırlar ve kısa süreli mola/ tatil yapabilirler. Bakım verenin rehabilitasyon hizmetlerine gereksinim duyması durumunda, ayakta tedavi tıbbi açıdan yeterli olsa bile, bu hizmetleri yatarak tedavi ortamlarında almaya hak kazanırlar. Rehabilitasyon sırasında, bakıma gereksinim duyan aile üyesine aynı anda aynı kurumda bakılabilir (Blümel ve ark., 2022; Neue Deutsche Medienmacher, 2024). Sıklığı ve içeriği gereksinime göre belirlenen hizmetler vücut bakımına, yemek yemeye yardımcı olmanın, yürüyüş vb aktivitelerde destek olmanın yanı sıra enjeksiyon, ilaç, bandaj vb sağlık hizmetleri şeklinde de olabilmektedir. Uzun süreli bakım hizmetlerine ek sağlanan sağlık hizmetleri hekimin reçetesini gerektirmektedir. Yalnızca "Federal Ortak Komite" tarafından listelenen hizmetler reçete edebilmektedir (Gruber ve ark., 2021). Hemşirelik hizmetlerinin maliyeti sigorta tarafından doğrudan hizmeti veren kuruluşa ödenmektedir. Sigorta kapsamındaki ödeme miktarları bakım düzeylerine göre belirlenmektedir ve bu miktar 2024 yılında aylık, ikinci bakım düzeyi için 724, beşinci bakım düzeyi için 2095 avrodur. Alınan hizmetin bu miktarı aşan kısmı cepten ya da varsa tamamlayıcı sigorta ile ödenmektedir (Neue Deutsche Medienmacher, 2024). Evde uzun süreli bakım hizmeti alanlar fatura karşılığı aylık 125 avro ve dezenfektan, eldiven vb gereksinimler için faturaya gereksinim olmadan 40 avro destek alabilmektedirler (Neue Deutsche Medienmacher, 2024). Kişi başı ortalama 59 hastanın düştüğü evde profesyonel hizmet verenlerin çoğu kadındır ve %80'i yarı zamanlı olarak çalışmaktadırlar (Gruber ve ark., 2021). İsveç, ayrıca tele-sağlık uygulamaları ve dijital sağlık hizmetleri gibi yaklaşımlarla yaşlıların bağımsız yaşamalarını desteklemektedir (Blümel ve ark., 2020).

Almanya'da palyatif bakım sağlık sistemine entegre olmuştur ve zorunlu sağlık sigortası kapsamında katkı payı ödenmemektedir (Nassehi ve ark., 2024). Almanya'da palyatif bakım hastanede yataklı, evde ayaktan bakım ve hospis bakımı şeklinde verilmektedir. Hastanedeki palyatif bakım hastanedeki hekimler tarafından, uzmanlaşmış ağrı tedavisine odaklanarak; evde verilen palyatif bakım uzmanlaşmış hekim ve hemşireler tarafından yaşam sonu hemşirelik bakımına ve psikososyal desteğe odaklanarak verilmektedir. Evde bakım olası değilse ve hastaneye de sevk gerekmiyorsa hastalar hospislere yatırılarak palyatif bakım alabilmektedirler. Bu sürece isterse aileler de katılabilir. Hospislerde hizmet hekim, diğer bakım çalışanı ve gönüllüler

tarafından sağlanmaktadır (**Blümel ve ark., 2022**). Hastalara ve ailelerine psikososyal destek sağlayan ayaktan hospis hizmetleri gönüllüler tarafından sağlanmaktadır. Avrupa Palyatif Bakım Birliği'nin şemasına göre, Almanya'daki hospis gönüllüleri genellikle «C gönüllüleri» kategorisine girmektedir (**Goossensen ve ark., 2016**). Almanya'daki gönüllüler profesyonel olmayan temel eğitimden geçmektedirler (**Nassehi ve ark., 2024**).

Sonuç olarak her iki ülkenin sağlığa ayırdığı pay, hizmetlerin kapsayıcılığı ve kapsamının genişliği gibi olumlu özelliklerinin yanında sistemlerinin desantralize olması hizmet sunumunda bölgesel farklılıklara ve eşitsizliklere neden olabilmekte, bölünmüş hizmet sunumu entegrasyonu zorlaştırabilmektedir. Hizmetlerin artan maliyetlerinin yanında personel eksikliği ve nitelikli iş gücü gereksinimi, yaşlı bakım sisteminin gelecekte karşılaşılabileceği en büyük zorluklar arasındadır. Yaşlı sağlığı politikaları toplum yaşlanmasının farkında olup yaşam boyu yaklaşımla eşitsizlikler öncelikli olmak üzere tüm riskleri önleyerek yaşama eklenen yılların sağlıklı geçmesini hedeflemektedir. Birincil sağlık hizmetlerinde yaşlı izlem programları önemlidir. Entegre olarak planlanan sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerinin karşılanmasında formal ve informal hizmetlerin erişilebilirliği ve niteliği yüksek, kapsamı geniş olmalıdır. Bakım verenlere destek programları hizmetlere entegre edilmelidir.

### Kaynaklar

**Andersson, K., Sjölund, M.** (2022) Swedish Eldercare Within Home Care Services At Night-Time: Perceptions And Expressions Of 'Good Care' From The Perspective Of Care Workers And Care Unit Managers, *Nordic Social Work Research*, 12(5): 640-53.

**Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Busse, R.** (2020) Germany: Health System Review. *Health Systems In Transition*, 22(6): i-273.

**Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., Litvinova, Y., Busse, R.** (2022) Germany: Health System Summary, Erişim tarihi 01.10.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366160/9789289059350-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**Çağlar, T.** (2015). Türkiye ve Almanya'da Karşılaştırmalı Yaşlı Bakım Model ve Uygulamaları, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

**Goossensen, A., Somsen, J., Scott, R., Peltari, L.** (2016) Defining Volunteering In Hospice And Palliative Care In Europe: An EAPC White Paper, *European Journal of Palliative Care*, 23(4): 184-91.

**Gruber, E.M., Zeiser, S., Schröder, D., Büscher, A.** (2021) Workforce Issues In Home And Community-Based Long-Term Care In Germany, *Health Social Care Community*, 29(3): 746-55.

**Guzman-Castillo, M., Ahmadi-Abhari, S., Bandoz, P., Capewell, S., Steptoe, A., Sing-Manoux, A.** (2017) Forecasted Trends In Disability And Life Expectancy In England And Wales Up To 2025: A Modelling Stud, *The Lancet Public Health*, 7(2): E307-E313.

**Janlöv, N., Blume, S., Glenngård, A.H., Hanspers, K., Anell, A., Merkur, S.** (2023) Sweden: Health system review, *Health Systems In Transition*, 25(4): i-198.

**Jarling, A., Rydström, I., Fransson, E.I., Nyström, M., Dalheim-Englund, A., Bravell, M.E.** (2022) Relationships First: Formal And Informal Home Care Of Older Adults In Sweden, *Health So-*

*cial Care Community*, 30: e3207-e3218.

**Kjellberg, I., Szucs, S.** 2020; Pursuing Collaborative Advantage In Swedish Care For Older People: Stakeholders' Views On Trust, *Journal of Integrated Care*, 28(3): 231-41.

**Nassehi, A., Saake, I., Breitsameter, C., Barth, N., Reis, I.** (2024) Adding Spontaneity To Organizations – What Hospice Volunteers Contribute To Everyday Life In German Inpatient Hospice And Palliative Care Units: A Qualitative Study, *BMC Palliative Care*; 23: 81.

**Neue Deutsche Medienmacher** (2024) Evde Bakım Hizmeti. Haklarımız nelerdir? Erişim tarihi 01.11.2024, <https://handbookgermany.de/tr/home-care>

**OECD** (2023a) Sweden: Country Health Profile 2023, *State of Health In the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Erişim tarihi 06.10.2024, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/sweden-country-health-profile-2023>

**OECD** (2023b). Germany: Country Health Profile 2023. Erişim tarihi 03.10.2024, <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/germany>

**Olsen, M., Udo, C., Dahlberg, L., Boström, A.M.** (2022) Older Persons' Views On Important Values In Swedish Home Care Service: A Semi-Structured Interview Study, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15: 967-77.

**Simsek, H., Erkoyun, E., Akoz, A., Ergor, A., Ucku, R.** (2021) Unmet Health And Social Care Needs And Associated Factors Among Older People Aged ≥ 80 Years In Izmir, Turkey, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(8):772-81.

**Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A.** (2020) International Health Care System Profiles: Germany, Erişim tarihi 10.10.2024, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>

**UNFPA** (2024) Ageing, Erişim tarihi 10.10.2024, <https://www.unfpa.org/ageing#readmore-expand>

**United Nations** (2002) Political Declaration And Madrid International Plan Of Action On Ageing. Report of the Second World Assembly on Ageing, Erişim tarihi 01.09.2024, <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf>

**World Health Organization** (2002) Active Ageing. A Policy Framework, Erişim tarihi 01.08.2024, <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

**World Health Organization** (2004) Towards age-friendly primary health care. Geneva, Erişim tarihi 10.09.2024, [https://www.emro.who.int/images/stories/elderly/documents/towards\\_age\\_friendly\\_phc.pdf](https://www.emro.who.int/images/stories/elderly/documents/towards_age_friendly_phc.pdf)

**World Health Organization** (2015) World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, Erişim tarihi 11.09.2024, <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>

**World Health Organization** (2017) Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, Erişim tarihi 11.09.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1>

**World Health Organization** (2018) Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments, Erişim tarihi 15.09.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334284/WHO-EURO-2020-1088-40834-55192-eng.pdf?sequence=1>

**World Health Organization** (2019) Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, Erişim tarihi 15.09.2024, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17>

**World Health Organization** (2020) Decade of healthy ageing: baseline report, Erişim tarihi 01.09.2024, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>