



Atf için / for cited: Çiftçi, M. (2023). Türkiye’de Özel Sektör Huzurevleri İçin Bölgesel Eşitsizlik Analizi. Journal of Vocational and Social Sciences of Turkey, Yıl: 5, Sayı: 13, Aralık 2023, s.61-77.

TÜRKİYE’DE ÖZEL SEKTÖR HUZUREVLERİ İÇİN BÖLGELERARASI EŞİTSİZLİK ANALİZİ

Murat ÇİFTÇİ*

ÖZ

Dünya genelinde yaşlı bakımında huzurevleri, her geçen gün önemini arttırmaktadır. Özellikle Türkiye’deki değişen aile yapısı ve ekonomik koşullar, son yıllarda devlet desteğinin arttığı huzurevlerinde hızlı bir gelişim yaşanmasına yol açmıştır. Artan yatak arzı, toplumdan da karşılık bularak daha çok yaşlıların huzurevlerinin ikamet alanına dönüşümünü beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada özel huzurevlerindeki yatak arzının 60+ yaştaki nüfusa göre bölgesel dağılımları analiz edilmiştir. İstatistik analizler Atkinson eşitsizlik katsayılarının hesaplanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Eşitsizlik şiddetinin tespiti için özel sektör huzurevlerinin yanı sıra kamu kesimi huzurevlerindeki yatak arzının da 60+ yaştaki nüfusa göre bölgesel dağılımında Atkinson eşitsizlik katsayıları hesaplanmıştır. Ayrıca Atkinson eşitsizlik katsayısına dayanarak sosyal fayda oranı, sosyal fayda kaybı oranı, yaşlılarca hissedilen yatak sayısı, yaşlılarca hissedilmeyen yatak sayısı da hesaplanmıştır. Veriler en güncel detaylı huzurevi yatak sayılarının sunulduğu 2019 yılına aittir. Uygulama İBBS 2’ye göre yapılmış, ancak 26 alt bölgeden 14’ünde özel huzurevi olduğundan, 14 alt bölge kapsamıştır. Ancak 14 alt bölge de yaşlı nüfusun yaş dilimleri içerisinde %70-75’i arasında geniş bir kesimi kapsamıştır. Elde edilen bulgular hem faal olarak kullanılan yatak sayısının, hem de yatak kapasitesinin dokuz farklı yaşlı yaş dilimine göre ve kadın, erkek, toplam olarak bölgesel dağılımında, özel huzurevlerinde kamu kesimi huzurevlerine göre çok şiddetli dengesiz dağılımın yaşandığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Planlama, Sosyal Politika, Sosyal Hizmet, Yaşlı Bakımı, Bölgesel Dengesizlik, Bölge Planlama, Huzurevleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: I31, I38, J14

INTERREGIONAL INEQUALITY ANALYSIS FOR PRIVATE SECTOR NURSING HOMES IN TURKEY

ABSTRACT

Nursing homes are increasing their importance in elderly care worldwide. Especially in recent years, there has been a rapid development in nursing homes in Turkey with changing family structure, economic conditions, and government support. The increasing supply of beds has brought about the transformation of nursing homes into a residence area for more elderly people by finding a response from the society. This study analyzes the regional distribution of bed supply in private nursing homes according to the population aged 60+. Statistical analyses were performed by calculating Atkinson inequality coefficients. In order to determine the severity of inequality, Atkinson inequality coefficients were calculated for the interregional distribution of the bed supply in public sector

* ORCID: 0000-0002-6277-6360, Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, İ.İ.B.F., Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, drmuratciftci@gmail.com, muratciftci@trakya.edu.tr



nursing homes as well as private sector nursing homes according to the population aged 60+. Based on the Atkinson inequality coefficient, the social benefit ratio, social benefit loss ratio, the number of beds felt by the elderly, and the number of beds not felt by the elderly were also calculated. The data is from 2019, the most recent year for which detailed nursing home bed numbers are available. The application was made according to NUTS 2, but 14 sub-regions were covered since 14 out of 26 sub-regions have private nursing homes. However, all 14 sub-regions covered a large segment of the elderly population between 70-75% of the age brackets. The findings show that the distribution of both the number of beds in use and the bed capacity according to nine different age groups of the elderly and the distribution of the total number of beds among regions in terms of men, women and the total number of beds is more uneven in private nursing homes than in public sector nursing homes.

Keywords: Social Planning, Social Politics, Social Service, Elderly Care, Interregional Inequality, Regional Planning, Nursing Homes.

JEL Classification Codes: I31, I38, J14.

GİRİŞ

Yaşlılara bakım hizmet sunumu dünyanın hemen her yerinde yakın döneme kadar aileler tarafından sağlanmaktaydı. Geleneksel geniş aile yapısı içerisinde yaşlılara dönük oto koruma baskınken, sanayileşmeyle birlikte yaşanan kentleşme sürecinin doğal bir sonucu olarak çekirdek aileye dönüşüm, yaşlılar için ailenin oto-koruma vasfına sahip olmasında bozulma yaşanmasına yol açmıştır. Böylece modern toplumlarda yaşlılara yönelik bakım hizmet sunumu, profesyonel bakıcılarla evde veya genel adı huzurevi olan toplu yaşlı yaşam ve bakım merkezlerinde gerçekleştirilmiştir. Huzurevinde kalan yaşlılar, evde profesyonel bakım alanlara göre genel olarak daha dezavantajlı konumdadır. Çünkü ya evde bakıma müsait olamayacak kadar şiddetli ve yaşam kalitelerini düşüren sağlık problemleri mevcuttur, ya da mali imkânları evde profesyonel bakım desteği alarak yaşamlarını sürdürmeyi sağlayacak kadar elverişli değildir. Dolayısıyla huzurevlerinde ikamet eden yaşlıların önemli bölümü diğer yaşlı kesime göre daha dezavantajlı konumdadır.

Huzurevlerinin tarihsel gelişimi de bu dezavantajlılığı teyit eder özelliktedir. Yakın zamana kadar huzurevlerindeki yaşlı bakımı, ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından veya gönüllülük esasına göre hayırseverliğe dayanarak kurulup işletilen kuruluşlarda sağlanmıştır. Son yarım asırda hız kazanan yeni liberal dönemdeyse kar maksimizasyonunu amaçlayan ticari kuruluşların yaşlı bakımı sektörüne hızla girdiği ve her geçen gün ağırlıklarını arttırdığı görülmektedir. Örneğin yaşlılara dönük kurum bazlı bakımda en köklü geçmişe sahip iki ana ülkeyi oluşturan İngiltere ve ABD’nde özel sektörün hâkimiyetine dönüşen bir piyasa yapısı oluşmuş durumdadır. Türkiye’de de özel kesim tarafından işletilen huzurevlerindeki yatak sayısında hızlı bir artış yaşanmaktadır. O halde ilk olarak yaşlı bakımının aileden ağırlıklı olarak huzurevlerine geçtiğini, ardından huzurevleri içerisinde de kar amacı güden ticari işletmelerin kontrolüne geçen bir piyasaya dönüştüğünü savunmak mümkündür.

1970’lerin sonlarından itibaren popülerite kazanan yeni liberal akımlar, devlet eliyle sunulan pek çok hizmette kısıntıya gidilmesine yol açmıştır. Kamu kesiminin mal ve hizmet üretimi, özelleştirmelerle sınırlandırılmıştır. Özelleştirmeler Şili’de başlayarak Latin Amerika ve Eski Doğu Bloğu ülkelerine hızla yayılan sosyal sigorta sisteminin özelleştirilmesindeki gibi hizmet sunumuna varana kadar çok geniş yelpazede gerçekleşmiştir. Türkiye’de de diğer ülkelerde olduğu gibi özelleştirmeler, kamu iktisadi teşekküllerinin satışıyla yayılmıştır. Sosyal hizmetlerdeyse hizmet sunumunun sınırlandırılmasından çok, hizmet sunumunun doğrudan devlet üretiminden devletin özel kesimden satın almaya yönelmesine doğru bir kayışın olduğu görülmektedir. Tıbbi bakım hizmetlerinde özel sağlık kuruluşlarına yapılan ödemeler, eğitimde özel okullara sağlanan kamu desteği ya da ticari işletmelerin mülkiyetindeki huzurevleri ve bakımevlerine devlet desteği sağlanması gibi uygulamalar bu duruma örnek verilebilir.

Hizmet sunumunun sosyal amaçlar veya piyasa şartları gözetilerek yapılması, nihai hizmet alıcı kitlesine duyarlı bir dağılımın yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Çünkü hizmet sunumunun potansiyel hizmet



alıcısı - müşteri hacmiyle uyumlu şekilde mekânsal dağılımının sağlanması gereklidir. Üretilen malın nihai tüketiciye ulaştırılması taşımacılıkla sağlanabilir. Ancak hizmet sunumu, en azından günümüz teknolojisinde pek çok alan için potansiyel hizmet alıcısı - müşterinin erişim uzaklığında olmak zorundadır. Kurumlarda yaşlı bakım hizmetinin sunumu örnek verilirse, hizmet alıcısı – müşteri yaşlı birey, yıllar boyunca yaşadığı ve hatta hayatının belki de tamamını geçirdiği bir şehirden bir başka şehre gittiğinde, bu yer değiştirmeden zarar görebilir. Ailesinden, dostlarından, arkadaşlarından, düzenli rutinini gerçekleştirdiği park, kafe, lokanta gibi kendisi için çok önemli olup mekânsal değer oluşturan yerlerden kopmak zorunda kalacaktır. Bu durum hem hizmet alıcısı – müşteri konumundaki yaşlının hem de kararda etkisi olacak aile fertleri gibi yaşlı dışındaki bireylerin hizmet alım tercihini olumsuz yönde etkileyecektir.

Özellikle de hizmet sunumunun bir piyasa fiyatının olduğu ve tamamının ya da bir kısmının hizmet alıcısı – müşteri tarafından ödeneceği özel sektör kurumlarının tercihinde lokasyonun tercihlerdeki etkisi, sosyal amacın ön plana çıktığı kamu kesimi kurumlarına göre çok daha fazla olacaktır. Bu sebeple de beklenen, özel sektör huzurevlerindeki yatak kapasitesi ve faal olarak kullanılan yatak arzının yaşlı nüfus sayısı ile dengeli şekilde bölgesel dağılım göstermesidir. Bu dengeli dağılımın, en azından kamu kesimine ait sosyal amaçlı ve fiyat içeriği zayıf olan huzurevlerindeki yatak kapasitesi ve faal olarak kullanılan yatak arzının bölgelerarası dağılımına göre daha dengeli olması gereklidir. Bu çalışma da ilk olarak özel huzurevlerindeki yatak arzlarının bölgelerarası dağılımının, bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevlerindeki yatak arzının dağılımına göre potansiyel müşteri konumundaki yaşlı yaş dilimlerindeki nüfusa göre dağılım dengesizliğini karşılaştırmaktır. Çalışmada Atkinson eşitsizlik katsayısı yöntemi kullanılarak karşılaştırma gerçekleştirilmiştir.

1. HUZUREVLERİNDE ÖZELLEŞTİRME

1.1. İngiltere’de Yaşanan Gelişmeler

Yaşlılara yönelik uzun süreli kurumsal bakıma ilişkin İngiliz sistemi hâlâ on dokuzuncu yüzyıl kökenini yansıtmaktadır. Bu yasa, gerçek bir kopuş olmadan, Victoria Dönemi Yoksulluk Yasası'ndan türemiştir ve aslında on dokuzuncu yüzyılın bazı kurumları hâlen kullanılmaktadır. Yoksullar Yasası'nın hasta yaşlılara bakım işlevi, artık Ulusal Sağlık Hizmetinin (NHS) uzun süreli konaklama hastaneleri ile yerel yetkililer tarafından işletilen yatılı evler arasında bölünmüş durumdadır. Özel ve gönüllü bakım ve yatılı evler ise yoksul yaşlıların taleplerini karşılamak için geliştirilmiştir. Teorik olarak, NHS hastaneleri tıbbi ihtiyaçlara yanıt verirken, yerel yönetim evleri sosyal ihtiyaçlara yanıt vermelidir. Ancak pratikte bu ayırım oldukça bulanıktır. Kamu politikasının vurgusu, özel hizmetin artık bir role sahip olmasıyla birlikte, kamu hizmetleri üzerinde olmaya devam etmiştir. Gerçekten de huzurevindeki yatak sayısı 1938 ile 1960 arasında düşmüş, ancak 1980'lerde kamu finansmanının insanların özel olarak finanse edilmesi için her ölçekte mevcut olmaya başlamasıyla sosyal yardım ödemelerini düzenleyen düzenlemelerdeki bir değişikliğin istenmeyen bir sonucu olarak yeniden toparlanabilmiştir (Day ve Klein, 1987: 312).

İngiltere’de yaşlılara yönelik toplum bakımı, yaşlıların toplum temelli hizmetlerle desteklenip kendi evlerinde ve özellikle de ailelerinin bakımının sağlanmasını kapsamaktadır. Toplumsal bakıma yönelik bu politika yöneliminin sonucuysa genel hastanelerin, bakım evlerinin ve yatılı bakım evlerinin uzun süreli konaklama koşullarında bakımı içeren her türlü kurumsal bakımın reddedilmesi ve damgalanmasıdır. Bu reddin kökleri, özellikle 1960'larda ve 1970'lerde büyüyen ve 1980'lerde büyük, uzun süreli psikiyatri kurumlarının kapatılmasıyla en büyük öneme ulaşan kurumsuzlaştırma hareketinde yatmaktadır. Yaşlılara yönelik hizmetler de bu radikal felsefeden büyük ölçüde etkilenmiştir. Örneğin yaşlılar için uzun süreli hastane yatakları Birleşik Krallık'ta son 20 yılda önemli ölçüde azalmış, akut bakım için hastaneye yatırılan yaşlıların uzun süreli hasta haline gelmemelerini sağlamak amacıyla erken taburcu edilmelerinin sağlanmasına artık büyük önem vermeye başlanmıştır. Thatcher'ın hükümet yıllarını karakterize eden aşındırıcı ahlaki iklim, sağlam bir özgüven ihtiyacını ve



bireyin kendi ekonomik ve sosyal kurtuluşunu arama ve bulma yeteneğini vurgulamıştır. Bu liberal ideoloji uzun vadeli bakım politikalarına da yansımış, yaşlıların kendileri veya ailelerinin geçimlerini sağlaması durumunda, devletin yaşlı insanlara yönelik bakım çözümlerinde asgari bir rol oynaması gerektiği savunulmuştur. Gerekçe olarak da devletin gereksiz yere özel alana girmemesi gerektiği ifade edilmiştir. Sağ perspektiften bakıldığında özel alanın özel tutulması toplum bakımı ve kurumsallaşmadan kurtulma hareketinin bazı temel ilkelerini oluşturan mahremiyetin, haysiyetin ve özerkliğin korunması ile örtüştürülmüştür. Bunun başarılmasının kurumsal bakım yerine en iyi şekilde insanları kendi evlerinde tutarak sağlanabileceği kabul edilmiştir (Dalley, 2001: 2-3). Thatcher hükümetinin seçilmesi sadece İngiltere için değil, aynı zamanda Avrupa'da da huzurevlerinin özelleştirilmesinin önemli bir politika yaklaşımı haline gelip hızla devam ettiğine de işaret edilmektedir (Bytbeier, 2022: 590). Ayrıca 1980'lerin sonlarından itibaren kurumsal bakım için açık uçlu gelir testi yapılması şartına bağlanmış olan ulusal hak da kaldırılarak yerel yönetimlere yönelik toplu hibe yapılması şekline dönüştürülmüştür (Wiener ve Cuellar, 1999: 417). Böylece yaşlı bakımında liberalizasyonla evde bakımın desteklendiği, kurumsal bakımda da kar amacı güden özel sektör mülkiyetinin ön plana çıkartıldığı bir süreç yaşanmıştır.

İngiltere'de 1980'lerden itibaren özel bakım evlerinin genişlemesinin başlıca tetikleyicilerinden bir diğeri ise, 1983'ten 1993'e kadar Ulusal Sağlık Sistemi ve Toplum Bakım Yasası 1990'ın uygulanmasına kadar, özel yatılı ve huzurevinde bakımın sınırsız 'ek yardımdan' ödenebilmesinden kaynaklanmıştır. Bu destekleyici ödemeler beraberinde evde bakım yerine özel yatılı bakım yapılmasına yönelik ters bir teşvik sağlamıştır. Bakım evi sunumundaki patlama 1996'da 575.500 civarında yatak arzına ulaşılarak zirve yapmış, ardından düşüş eğilimine girmiştir. 2000'lere doğru Ulusal Asgari Ücretin ve bakım evleri için yeni Ulusal Asgari Standartların uygulamaya konulması çoğunlukla daha küçük olan birçok evin kapatılmasına yol açmıştır. Küçük ölçekli huzurevlerinin kapanmasındaysa yeni yasal düzenlemelere adapte olmalarının çok pahalıya mal olması etkilidir. Yapılan yeni yasal düzenlemeyle, huzurevi işletmeciliğinde bireyler veya aileler yerine büyük ölçekli kurumsal işletmelerin desteklenmesi etkilidir. 2005 yılına gelindiğinde, 11 veya daha fazla bakım evi işleten kuruluşlar Birleşik Krallık' taki bakım evlerinin %20'sine ve bakım evi binalarının %30'una sahip hale gelmiştir. Tek bakım evine sahip kuruluşlar tarafından yönetilenlerin ağırlığıysa kurum sayısının %50'sinden fazlasına denk gelirken, binaların %40'ıyla sınırlıdır. Bu dönüşüme bağlı olarak bakım evlerinin ortalama kapasiteleri de giderek büyümekte olup 2004'te 23,13'lük ortalama 2010'da 25,17'ye yükselmiştir (Lievesley vd, 2011: 4).

İngiltere'de 1990'ların başlarında huzurevinde kalan yarım milyonu aşkın bireyden %28,4'ü erkek iken %71,6'sı kadındır. Dolayısıyla huzurevlerinde ikamet edenler içerisinde kadınların baskın olduğu bir yapı mevcuttur. Huzurevinde yaşayan kadınlar arasında eşini kaybeden dul oranı %64,2 ve boşananların oranı %26,6 iken erkeklerde bu oranlar sırasıyla %32,8 ve %4,6 ile sınırlıdır. Buna karşılık hiç evlenmeyen huzurevi sakinleri içerisinde erkeklerde %45,2 ağırlık, kadınlarda %26,6 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla hiç evlenmemiş bekâr erkeklerin hiç evlenmeyen bekar kadınlara göre huzurevine yerleşimleri çok daha yüksek ağırlıktadır. Evli erkeklerin ağırlığıysa %17,4 iken kadınlarda bu ağırlık %7,5 ile sınırlıdır. Özetle huzurevlerinde daha çok ikamet eden genel olarak kadınlar olup huzurevi sakini kadınlarda erkeklere göre daha yüksek ağırlıkta dul kalma veya boşanmış olma ihtimali söz konusudur. Hâlbuki erkeklerde hiç evlenmemiş bekâr olarak huzurevine yerleşme kadınlara göre çok daha şiddetlidir (Prior ve Hayes, 2001: 402). Aslında bu sonuçlar İngiltere'de kendine yetemeyen ve bakıma ihtiyaç duyan muhtaçlık durumunda huzurevlerinin tercih edildiğini de desteklemektedir. Hancock vd (2002) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kurulan regresyon model sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Modelde İngiltere'de huzurevinde ikamet etmede yaşın, yalnız yaşamın, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasının, kognitif bozukluğun, kişisel sağlık algısının kötü/orta düzeyde olmasının ve hizmetlerle temasın pozitif yönlü etkisinin olduğu görülmektedir. Buna ek olarak ev sahibi olmaksızın huzurevlerine gitmeyi negatif yönde yani azaltıcı etkiye sahiptir. Cinsiyetin veya gelir düzeyininse huzurevine girişte istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı sonucuna varılmıştır.



Halen etkileri görülen geçmiş kökenlere bakıldığında, İngiltere’de 1834’teki yeni Yoksulluk Yasasının kabulü sonrasında hasta, engelli ve bakıma muhtaç yoksul yaşlıların çalışma evlerinde bakılmaları sınırlandırılması getirilmiştir. Huzurevlerinde kalanların sayısı 1891’de 9,500 iken 1911’de 13 bin kişiye, 1921’de 26 bin kişiye, 1939’daysa 400 kamu kuruluşunda 60 bini hasta olmak üzere 149 bin kişiye çıkmıştır. 1961’de 111 bine inen kalan sayısı 2000 yılına gelindiğinde İngiltere’de huzurevlerinde kalanların sayısı 187 bini özel 18 biniyse gönüllü kuruluşlarda olmak üzere 205 bine ulaşmıştır. Ayrıca uzun dönem yaşlı bakım merkezlerinde kalan 21 bin yaşlının daha olduğu, bakım almaksızın kurumlarda kalan yaşlıların sayısının 185 bini özel kesim kuruluşlarında kalanlar olmak üzere yaklaşık 300 bin kişinin yaşadığı görülmektedir. Toplamda bakım kurumlarında kalan yaşlı nüfusu 372 bini özel sektör kuruluşlarında olmak üzere 526 bine ulaşmıştır (Peace, 2003: 17, 18, 20, 24). Yaşlılara yönelik bakım hizmeti sunan kurumlardaki özel kesim ağırlığı 2000 sonrasında da devam etmiş, 2019’a gelindiğinde de toplam yatak arzının %84’ü kar amaçlı faaliyet gösteren şirketlerin mülkiyetinde olmuştur. Yaşlı bakım piyasasında yatak arz ağırlığına göre en büyük paya sahip olan şirketin mülkiyetinde 271 tesis olup bu tesislerdeki yatak sayısı da %5,1’lik payla 16.266 adete ulaşmıştır (Byttemier, 2022: 604-605).

İngiltere’de ağırlıklı olarak kar amacı güden özel kesim mülkiyetinde olan huzurevlerinde sunulan bakım hizmetinin kalitesinin düşük olduğuna dair çeşitli kanıtlar gösterilmektedir. Fahey vd (2003) çalışmalarında üç genel muayenehaneye kayıtlı olan 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin huzurevinde ikamet edenleri ile evde yaşayanları, verilen klinik bakımın kalitesi açık standartlara göre ölçülüp karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgularsa yaşlı hastaların, özellikle de huzurevlerindeki olanların aldığı tıbbi bakımın kalitesinin evde yaşayanlara göre daha yetersiz olduğu yönündedir. Genel olarak bu hastalara faydalı ilaçların reçete edilmesi yetersiz olup örneğin miyokard enfaktüs sonrasında hastaların sadece %38’ine β blokerler reçete edilmiştir. Zararlı ilaç reçetelemesiyle diğer olumsuzluğu oluşturmaktadır. Özellikle huzurevlerinde önemli ölçüde daha fazla nöroleptik ilaç ve laksatifler reçete edilmiştir. Huzurevlerindeki bakım kalitesine dönük eleştirilere dayanak olarak, pandemi sürecinde yaşanan yoğun ölümler de gösterilmektedir. İngiltere’de pandemi sürecinde yaşanan ölümlerin %27’si, bakımevlerinde kalanlardan oluşmuştur. Bu oran Kuzey İrlanda’da %42’yi aşmıştır (Heneghan vd, 2022). Pandemi sürecinde yaşlılar arasındaki ölümlerin bakım evlerinde veya evde kalanlara göre dağılımları analiz edildiğinde de, bakımevi sakinleri arasındaki ölüm sıklığının kendi evlerinde yaşayan yaşlıların on katı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Schultze vd, 2022). Bu duruma ek olarak pandeminin hemen öncesinde de huzurevlerinde ikamet eden yaşlıların ölüm oranının, kendi evlerinde kalanlardaki ölüm oranına göre beş kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Gulliford vd, 2022: 927). Özetle İngiltere’de huzurevlerinde kalanlarda ölüm riski, kendi evlerinde kalanlardan çok daha yüksektir. Bu da huzurevlerinde sunulan hizmet kalitesinin eleştirisinde gerekçe olarak kabul görmektedir.

1.2. ABD’nde Yaşanan Gelişmeler

Tarihsel olarak İngiltere ve ABD’nde yaşlılara yönelik uzun süreli kurumsal bakımın sağlanması benzer bir kökene sahiptir. Her iki ülkede de kamu yoksul evleri/imarethaneler ve akıl hastaneleri, gönüllü veya dini kurum olarak bakıma hak kazanmayan yoksul yaşlılar da dâhil olmak üzere, hasta, muhtaç ve yoksullara barınak ve konaklama sağlamıştır (Day ve Klein, 1987: 312). ABD’nde huzurevleri iki yüzyıldan fazla bir süredir faaliyet göstermekte olup 18. yüzyılda yoksullara yardım merkezleri olarak ortaya çıkmış, günümüzdeyse son derece karmaşık bir iş endüstrisine dönüşmüştür. 1820-65 arasında "Kapalı Yardım" sistemi tercih edilerek yoksulların ve yaşlıların bakımı, kurumsallaşmış merkezlere yerleştirmeye dayanan sosyal politikaların geliştirilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Bu kurumsallaşmış merkezlere de yoksul evleri, diğer adıyla imarethaneler denilmiştir. Sosyal güvenliğin yükselişinin yaşandığı 1865-1935 arasındaki dönemdeyse yoksul evleri / imarethaneler içerisinde yaşlıların ağırlığı artarak bu kurumlar yaşlılar için bakımevleri halinde toplum tarafından algılanmaya başlamıştır. Modern huzurevlerinin yükselişiyse 1935-1986 arasında kamu bakım kurumlarının rolünü değiştirerek modern bakımevine dönüşümüyle gerçekleşmiştir. 1935 yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Yasası’nın kabul edilmesinden önce toplum, kamu bakım kurumlarını son çare olarak görürken yasanın kabulü, toplumun yoksulları toplumun üyesi olarak kabul ettiği anlamına gelmiştir. Nitelikli yaşlı kişilerin



bakımı ve tedavisi için yalnızca belirli türdeki tesislerin masraflarını karşılamaya yönelik federal hükümet programları, bu tesisleri Amerika'nın yaşlıları için en önemli kurumsal bakım kaynağı haline getirmiştir. Özel huzurevlerinin inşası, kamu bakım kurumları ve imarethaneler hep birlikte günümüzün huzurevlerine dönüştürülmüştür. Son aşama olarak 1987'den itibaren tüzük ve yönetmeliklerle sınırlandırılmış kaliteli bakım dönemi yaşanmaya başlamıştır. 1980'li yıllara gelindiğinde, kamu ve özel sektör huzurevlerindeki bakımın kalitesizliğine ilişkin eleştiriler yaygınlaştıktan sonra hükümet, bakım tesislerinde yürütülen bakım düzeyinin düzenlenmesinde daha derinden müdahil olmaya başlamıştır. 1987 tarihli Çok Amaçlı Uzlaşma Yasası (OBRA 87) ile bakımevlerindeki kalite, bakım sorunlarının bazılarını iyileştirmeyi ve hasta haklarını yürürlüğe koymayı amaçlayan kapsamlı bir yasa olarak uygulamaya konulmuştur (Bohm, 2000: 324-327, 329, 331).

ABD'nde 1935'te yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Yasası'yla federal hükümet, ilk kez yaşlı Amerikalıların maruz kaldığı yoksulluğu gidermeye yönelik programlara başlamıştır. Bununla birlikte genel olarak halk tarafından gurur kırıcı olarak görülüp kötülene imarethane sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik bilinçli girişimlerde de bulunulmuştur. Ancak bu girişimler, düşük yaşlı hastalar için uzun vadeli kurumsal bakım ihtiyacını gidermeden gerçekleştirilmiştir. 1950'lerdeyse Sosyal Güvenlik Yasası'nda yapılan değişikliklerin kabul edilmesi, güçlü bir sektör haline gelecek ve ABD tıbbi bakım sisteminin önemli bir bölümü haline gelecek olan huzurevi sisteminin kapısını açmıştır. 1950'lerde yapılan değişikliklerle eyaletler tarafından bakım evleri, doktorlar ve diğer tıbbi ürün ve hizmetler gibi satıcılara yapılan ödemelere izin verilmiştir. Satıcı ödemelerinin de kabul edilmesiyle birlikte bu değişiklikler, yoksullara yönelik hükümet tarafından finanse edilen tıbbi bakımın özelleştirilmesinin ve bu hizmet üzerinde önemli bir devlet gücünün oluşmasının temel kökleri haline gelmiştir. Yaşlılık güvenliği, kör ve engellilere yardım ve bağımlı çocukları olan ailelere yardım, eyaletler ve federal hükümet tarafından paylaşılan finansmanla alıcılara nakit yardımı sağlayan kategorik yardım programları şeklini almıştır. Ancak hizmet sağlayıcılara geri ödeme yapılmasına olanak sağlayan mevzuatta herhangi bir hüküm sağlanmamıştır (Kingsley, 2018: 478).

1954'te huzurevi sayısının %3'ü kamu kesimine, %6'sı gönüllü kuruluşlara ve %91'i de şirketlere aitken; yatak arzının %15'i kamu kesiminin, %14'ü gönüllü kuruluşların ve %71'iye ticari kuruluşların mülkiyetinde faaliyet göstermiştir (Solon ve Baney, 1955: 438). ABD'nde bakımevi endüstrisinde yaşanan büyüme, 1950'den itibaren bakım hizmet sunucularının ödeme kabul etme haklarının oluşmasına rağmen esas olarak 1965'te kabul edilen Medicare ve Medicaid sisteminin kabulüyle büyük ölçüde artış göstermiştir. 1965'ten bu yana uzun süreli bakım hemşireliği sunumunun yapıldığı bakımevlerinde Medicare'den, uzun vadeli genel bakımın yapıldığı bakımevlerindeyse yoksullara destek sunuluna Medicaid sisteminden fonlama yapılmaktadır. Ayrıca satış ödemeleri ve tesis inşaatı için federal yönetimlerce düşük faizli emlak kredilerinin verilmesi de, uzun vadeli tıbbi hizmetlerin gayrimenkul sektörü içerisinde bir alt sektör haline dönüşmesine yol açmıştır (Kingsley, 2018: 471).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlılara yönelik huzurevlerinin önemli bir kısmı 1980'lerden itibaren özel piyasa oyuncularının eline geçmiştir. Reagan yönetiminin neoliberalleşme tedbirleri, huzurevlerinin giderek eski kamu refahı kurumlarının yanı sıra geleneksel kâr amacı gütmeyen dini kurumların da yerini almasına sebep olmuştur. Sonuç olarak, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yaşlılara yönelik huzurevleri giderek daha fazla kâr amacı güden şirketlerin eline geçmiş; hatta bazı durumlarda diğer işletmeler gibi büyük huzurevleri zincirleri işletmeye bile başlamışlardır (Byttebier, 2022: 62).

En az iki veya daha fazla tesisin sahibi veya yöneticisi olunan huzurevleri zincirleri ABD ve Kanada'da 1970'lerde büyümeye başlayıp 1990'larda öne çıkan bir organizasyon biçimi haline gelmiştir. Büyüme öncelikle mevcut tesislerin ve diğer zincirlerin satın alınması yoluyla gerçekleştirilmiş, kâr amacı güden zincirler, ölçek ekonomileri, hizmetlerin standartlaştırılması, marka adının tanınması ve görünürlüğü ile rekabetçi ortamlarda kurumsal hayatta kalma yoluyla kârlılığını artırmayı amaçlamışlardır. Giderek büyük özel şirketlerin ve özel sermaye fonlarının mülkiyetinde olan, kâr amacı güden huzurevleri zincirleri, sunulan hizmetlerin miktarını, türünü ve kalitesini de değiştirmiştir. Kâr amaçlı teşvikler



doğrudan düşük kaliteyle ilişkili olup, tesislerin daha az personelle çalıştığı ve kâr amacı gütmeyen tesislerle karşılaştırıldığında daha fazla kalite eksikliği yaşanmış, ABD'nde kâr marjı en yüksek olan huzurevlerinin en kalitesiz olduğu tespit edilmiştir (Harrington vd, 2017: 1178632917710533). ABD'nde de özel kesimin ağırlığı 2008'e gelindiğinde 1,7 milyon yatak arzına sahip 15.720 bakımevinde %70'e ulaşmıştır. Üstelik en az iki tesise sahip veya yönetenlerden oluşan kurumsal zincirlerin ağırlığı da %54 olarak gerçekleşmiştir. ABD'nde huzurevlerine harcanan 121 milyar \$'ın da %18'i yaşlı ve engelliler için ödeme yapılan Medicare sisteminden karşılanırken %45'i yoksullara yönelik ödeme yapılan Medicaid sisteminde karşılanmakta olup kalan %37'lik kısım cepten ve özel sigorta aracılığıyla bireyler tarafından verilmektedir (Harrington vd, 2011: 726). Huzurevlerinde kalanların profiline bakıldığında 1985'te tüm ikamet edenlerin %84'ünün 65 yaşının üstünde olduğu, yaş ortalamasının 79, medyan yaşınca 81 olduğu, %92'sinin beyazlardan oluştuğu ve %73'ünün de dul olduğu hesaplanmıştır. Bu kurumlarda kalan yaşlıların %89'unun banyo yaparken, %75'inin giyinirken, %61'inin tuvalette, %60'ının gezerken-transferlerde yardıma ihtiyacının olduğu, %52'sinin idrarını tutamadığı, hiçbir yardıma ihtiyacı olmayanların ağırlığınınca %10'la sınırlı kaldığı tespit edilmiştir (Mullins vd, 1994: 142). Günümüzde yaşlı yetişkinlerin yarısından fazlasının, akut dönem sonrası veya uzun süreli bakım için en sonunda bakımevinde kalacağı, ABD'ndeki tüm doktorlarına %12,5'inin bu tesislerde en azından bir miktar bakım sağladığı tahmin edilmektedir (Braun vd, 2021).

1.3. Türkiye'de Yaşanan Gelişmeler

Cumhuriyet öncesi dönemde Türk toplumunda yaşlı bakımına dönük ilk uygulama, on birinci yüzyılda Selçuklular döneminde gerçekleştirilmiştir. Sivas'ta Rehaoğulları'nca Darülreha adı verilen bir huzurevi kurulmuştur. Ayrıca Memlükler döneminde 13. yüzyılda Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisi kurularak dul kadınlar ve yaşlılar için hizmet sunumu gerçekleştirilmiştir. Klasik Osmanlı dönemindeyse genel olarak imarethaneler ile tekkelerde yaşlılara hizmet verilmiştir (Üz ve Kara, 2022: 142). Yaşlıların barınması anlamında Osmanlı döneminde yaşlı bakımının gerçekleştirildiği kurumlar, 18. ve 19. yüzyılda azınlık cemaatlerinin kurdukları vakıflar kanalıyla faaliyet göstermiştir. Azınlık cemaatlerinin kurdukları vakıflarsa İstanbul'da yaşlılar, düşkünler ve acizler için açtıkları yerlerde hizmet sunumu gerçekleştirmişlerdir. Eskiden yeniye doğru tarih sırasıyla bu kurumlar ve kuruluş tarihleri:

- Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Düşkünler Evi (1753),
- Surp Bilgiç Yedikule Ermeni Hastanesi Düşkünler Evi (1830),
- Surp Agop Hastanesi Düşkünler Evi (1839),
- Fransız Lapaix Hastanesi Düşkünler Evi (1856),
- Fransız Fakirhanesi (1892)

şeklindedir (Akan, 2023: 161). Türkiye'de günümüzdekine benzer şekilde ilk huzurevi olarak Darülacezenin kuruluşu kabul edilebilmektedir. 1877 Osmanlı-Rus Savaşı sonrasında Rumeli'den İstanbul'a gelen göçmenlerin büyük bölümü yaşlı, hasta ve engellilerden oluşmuştur. Bu durum, ihtiyaç sahipleri için hizmet sunumu gerçekleştirecek bir kuruluşa ihtiyaç duyulmasına yol açmıştır. Oluşan bu ihtiyaçsa ilk olarak 7 Eylül 1886 tarihli Şura-yı Devlet Tanzimat Dairesi mazbatasında ifade edilmiştir. Söz konusu toplantıda dilencililiğin arttığı, ihtiyaç sahipleri için kalabilecekleri bir "darülaceze" ihtiyacının oluştuğu belirtilmiştir. İlk zamanlar darülaceze ifadesi kurulacak kurumun genel adıyla zamanla kurumun özel adı haline almıştır (Toşer vd, 2023: 149). Darülaceze dil, din, sınıf, ırk, cinsiyet ayrımı yapmadan bakım ihtiyacı olan muhtaç durumdaki yaşlılara, engellilere ve sokağa bırakılmış kimsesiz çocuklara hizmet vermek amacıyla 31 Ocak 1896'da açılmıştır (Sığın, 2016: 98). II. Abdülhamit fermanıyla kurulan Darülaceze, sokaklarda başıboş dolaşan kimsesiz çocukların, cami avlularında yatan kimsesizlerin toplanabileceği bir kurum olması amacıyla faaliyete geçirilmiştir. Kuruluş amacı zamanla genişleyerek sadece fakir ve dilencilere değil, aynı zamanda yaşlı ve çocuklara da hizmet sunumunda bulunan bir kurum şeklini almıştır. Kurumun ana birimlerinin finansmanıyla padişah tarafından gerçekleştirilmiştir (Solmaz ve Artan, 2022: 32). Padişahın finansmanında kurum



faaliyetlerinin gerçekleştirilmesiyle, Darülacezenin günümüzdeki anlamıyla bir devlet kurumuna denk gelen özelliğe sahip olmasına yol açmıştır.

Cumhuriyetin ilanı sonrasında 1930 yılında yürürlüğü giren 1580 sayılı kanunla ilk defa bir kamu kuruluşu olarak Belediyelere, yaşlılar da dâhil olmak üzere bakıma muhtaç kişilerin korunması, yaşlı evlerinin kurulup yönetilmesi yükümlülüğü getirilmiştir. Bu yasal düzenlemeyle birlikte de, pek çok farklı ilde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı bakım kuruluşları kurulmuştur. Böylece yaşlı bakım kuruluşu olarak kamu kesimi huzurevlerinin de ilk kuruluşunu gerçekleştirip faaliyete geçiren kamu kurumları, yerel yönetimler olmuştur. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet sunmak için yatılı yaşlı bakım kuruluşları açmışlardır. 1963 yılına gelindiğindeyse Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu kuruluşa, her çeşit sosyal yardım ve güvenlik hizmetini düzenleme, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engelli bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu, çalışma gücünden yoksun kalan yoksulların sosyal güvenliğini temin etme görevleri verilmiştir. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün kuruluşuyla da daha önce yaşlılara, dini kurallar ve hayırseverlik duygularıyla kişisel olarak, farklı mevzuatlarla kamu ve özel kuruluşlar tarafından sağlanan aynı ve nakdi yardımlar yeni bir boyuta taşınmıştır. Yeni düzenlemeyle söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yaraşır şekilde bir sistem halinde sunulması sağlanmıştır. Bu şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olarak kurulan ilk huzureviyse 1966 yılında Konya'da, ikincisi ise 1967 yılında Eskişehir'de açılmıştır. Daha sonra Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, Bakanlar Kurulu tarafından 2011'de, kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması sürecinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne dönüştürülmüştür (İlik ve İcağasıoğlu Çoban, 2012: 21; Üruk ve Öztürk, 2019: 665).

Günümüzde yaşlı hakları çok sayıda sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet sunumundan oluşmaktadır. Bunlar emeklilik aylığı, yaşlı aylığı, kamuya bağlı huzurevlerinde barınma olanağı sağlanması, huzurevlerinde kalan muhtaç yaşlılara aylık harçlık bağlanması, evde bakım hizmetleri verilmesi, yaşlı bir yakınına bakan akrabaya aylık bağlanması, gündüzlü yaşlı bakım hizmetlerinin sunulması ve yaşlı hizmet merkezi şeklinde sıralanabilir (Üz ve Kara, 2022: 143-144).

Günümüzde Bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevleri, 1987'de yürürlüğe giren "Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümleri çerçevesinde hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Gerçek kişilere ait huzurevleri, yaşlı yaşam evleri ve azınlıklara ait huzurevleri; bireysel girişimle kuruluşu gerçekleştirilen yataklı bakım hizmet sunumunu içeren kuruluşlardır. Bu kuruluşlar arasında gerçek kişilere ait huzurevleri ve yaşlı yaşam evleri, 2008'de yürürlüğe giden "Özel Huzurevleri ve Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği" ne tabi olarak hizmet sunumunda bulunmaktadırlar. Azınlıklara ait huzurevleri kendilerine ait bürokrasilerinin olmasının yanı sıra özel huzurevlerinin tabi oldukları yönetmeliklere de uymak zorundadırlar (Solmaz ve Artan, 2022: 42-43).

Türkiye'de yaşlı bakımı konusunda barınma tipolojileri ve sunulan hizmet çeşitleri ise her geçen gün artmaktadır. Bu tipolojileriye şu şekilde özetlemek mümkündür (Alkan, 2023: 162-163):

- Alzheimer Hastası Yaşlılar Gündüzlü Bakım Merkezleri: Bu merkezlerde Alzheimer hastası olan yaşlıların güvenliğinin sağlanması, oluşabilecek ajitasyonun azaltılıp yaşlı yakınlarına da gündüz bakımı konusunda destek sağlanması amacıyla kurulan merkezlerdir.
- Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri: Sağlıklı yaşlıların yanı sıra bedensel, zihinsel ve ruhsal sebeplerden dolayı günlük aktivitelerini yardımsız gerçekleştiremeyenlerin toplum içinde kendilerine yeterli olacak düzeyde beceri edinimi sağlanmalarını veya bu becerileri kazanamayanlara da bakım hizmeti sunmayı amaçlayan kuruluşlardır.
- Bariyersiz Model Ev: Fiziksel çevrenin yarattığı bariyerler sebebiyle hareket alanı kısıtlananların bağımlılık düzeyini azaltmayı amaçlayan bir modeldir. Yaşlanma Ulusal Eylem Planı kapsamındaki 2015 yılı Uygulama Program Taslağı'na göre, yaşlıların huzurevi yerine 3-



4 yaşlının bir arada ikamet ettiği, uzmanlaşan butik otel tipi konutları oluşturan ‘‘Huzurlu Evler’’ de yaşamalarını sağlayacak projelerin geliştirilmesi için çalışmalar da sürmektedir.

- Yaşlı yaşam evleri: 60 yaş üstündeki yaşlıların bakımı amacıyla sosyal çevrelerinden de soyutlanmaksızın, yaşam standartlarının yükseltilip ev ortamında bakımlarının sağlanması için tasarlanmış bir modeldir. Bu model kapsamında, İzmir Narlıdere ve Bayındır’da yaşlı yaşam evleri açılmıştır.
- Yaşlı köyleri: Bu yaşam alanlarının yapımı ve işletimi özel sektör tarafından üstlenilmektedir. 2023 yılında tamamlanması planlanan ‘‘Darülaceze Sosyal Hizmet şehri’’, bu kapsamda inşa edilen en büyük ve kapsamlı kurumsal yaşlı yaşam alanı özelliğini taşıyacaktır.

2. VERİLER VE YÖNTEM

2.1. Veriler

Türkiye’deki mevzuata göre özel huzurevi hizmeti sunan kurumlara 55 yaş ve üzerinde olup kendi başına bakımını bağımsız olarak yapamayan özel bakım yaşlısı ile kendi bakımını kimsenin yardımına ihtiyaç duymaksızın gerçekleştirebilen sağlıklı yaşlılar kabul edilmektedir. Bu kuruluşlarda 1) azınlıklara ait kuruluşlar, 2) dernek ve/ya vakıfların mülkiyetindeki kuruluşlar, 3) gerçek/tüzel kişilere ait özel sektör kuruluşları olmak üzere e ayrılmaktadır (Zıplar, 2015: 189). Dolayısıyla zel huzurevleri denildiğinde sadece kâr amacı güden ticari işletmeler akla gelmemeli, aynı zamanda kâr amacı gütmeyen – nc sektör – kuruluşlarının da hizmet sunucusu olabildiği unutulmamalıdır.

Bu çalışmada karşılaştırması yapılan özel ve kamu kesimi huzurevlerine dair veriler, T.C. Aile ve Sosyal Hizmet Bakanlığı’ndan derlenmiştir. Bakanlıktan derlenen veriler, kurumlardaki yatak kapasitesi ile faal olarak kullanılan yatak sayılarından oluşmaktadır. Özel huzurevlerinin bulunduğu 22 il mevcut olup, 26 alt bölgeden oluşan düzey 2’ye göreyse özel huzurevi bulunan alt bölge sayısı 14 ile sınırlıdır. Bu sebeple uygulamaya esas tutulan bölge sayısı 26 yerine 14 olarak belirlenmiştir. Böylece zel huzurevi olan alt bölgelerde, özel ve kamu huzurevlerinin alt bölge yaşlı nüfusuna göre bölgelerarası dağılım eşişsizliği ölçümü yapılarak karşılaştırmaya gidilmiştir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, zel Huzurevleri, <https://www.aile.gov.tr/media/44312/ozel-huzurevleri.xls>; T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Bakanlığımız Huzurevleri, <https://www.aile.gov.tr/media/57712/genel-mudurlugumuzze-bagli-huzurevleri.xls>).

Analizlerde kullanılan diğer veri grubuysa düzey 2’ye göre 60 yaş ve üzerindeki genel toplama, erkek ve kadın nüfusa göre dokuz farklı yaş dilimi bölge nüfusudur. Ancak zel huzurevi olan on dört alt bölge olduğundan, 26 alt bölgenin 14’ndeki yaşlı nüfusun analize dâhil edilmesi mümkün olmuştur. Yaşlı dilimleri ise 60-64 yaş dilimi, 65-69 yaş dilimi, 70-74 yaş dilimi, 75-79 yaş dilimi, 80-84 yaş dilimi, 85-89 yaş dilimi, 90 ve üstü yaş dilimi, 60 ve üstü yaş dilimi, 65 ve üstü yaş dilimi şeklinindedir. Veriler TK’in Biruni portalından edinilmiştir (TK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları - İBBS-Dzey1, İBBS-Dzey2, İl ve İlçe Nüfusları, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>).

Bütün veriler 2019 yılındaki durumu göstermektedir. Verilerin 2019 yılını içermesinin sebebiyse, düzey 2’ye göre huzurevi yatak arz istatistiklerinin en güncel verilerinin 2019 yılı için mevcut oluşudur. Ancak 2019 yılı aynı zamanda pandeminin hemen öncesindeki son güncel yılı da işaret etmektedir. Bu özelliği, pandemi etkisinden arınmış karşılaştırma sonuçlarına erişmeyi de mümkün kıldığından çalışmayı güçlendirmektedir. Düzey 2’ye göre 26 alt bölgeden özel huzurevi bulunan 14 alt bölgeye indirgeyerek analiz gerçekleştirilmiştir. Ancak söz konusu 14 alt bölgedeki yaşlı nüfusun ülke bütünündeki ağırlığı, yaklaşık olarak yaş dilimlerine ve cinsiyetlere göre %70’le %75 arasında değişmektedir. Kamu kesimi huzurevlerinde analize konu olan 14 alt bölgedeki yatak kapasitesi ülke bütününün %75,2’sine; faal yatak arzınınsa ülke bütününün %77,3’ne ulaştığı bir ağırlık mevcuttur.

2.2. Yöntem

Bu çalışmada özel ve kamu kesimi huzurevlerindeki yatak arz dağılımının bölgelerdeki yaşlı nüfusa göre dağılım eşitsizliğinin karşılaştırması, Atkinson eşitsizlik katsayısıyla gerçekleştirilmiştir. Atkinson eşitsizlik katsayısı, tekli eşitsizlik endekslerinden birisidir ve Gini eşitsizlik katsayısından türetilmiştir. Eşitsizlik ölçüleri içinde Gini katsayısıyla karşılaştırması yapıldığında, Atkinson eşitsizlik katsayısının tatminkâr ölçüm aracı olduğu tespit edilmiş, kuramsal olarak da diğer katsayılardan ayırılmıştır. Bu katsayının diğer katsayılardan ayrılan yönleri ise dört başlıkta toplanabilir. Bunlarsa (Çiftçi, 2018: 407):

- 1- Ölçümü yapılan eşitsizlik için modern anlamda etik uygulama sunulmaktadır.
- 2- Katsayı değeri Gini katsayısındaki gibi 0 ile 1 arasında değişmekte olsa da, Gini katsayısından farklı olarak Atkinson katsayı değerine göre sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranlarının hesaplanmasını mümkün kılmaktadır. Bu özelliğiyle tam dengeden sapmaya dayanan son derece duyarlı bir yoksulluk endeksidir.
- 3- Tam eşit dağılımdan sapmanın sebep olduğu sosyal fayda kaybının yüzde olarak hesaplanması, ayrıca dağıtım yapılan varlık, gelir veya herhangi bir değer dağıtım yapılan toplumca yüzde kaçının hissedildiği sorusuna da cevap sağlamaktadır. Örneğin katsayı 0,10 olsun. Bu durumda toplumca hissedilen varlık-gelir oranı %90'ken toplumun hissetmediği kısım %10'dur. Dolayısıyla da sosyal fayda %90'ken sosyal fayda kaybı %10'dur.
- 4- Yüzdeler olarak sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları, dağılımı yapılan gelir-varlıkla çarpımıyla toplum tarafından hissedilen ve hissedilmeyen miktarın da hesaplanabilmesini mümkün kılmaktadır.

Atkinson (1970), kendi adını verdiği tekli eşitsizlik endeksini denklem 1'de sunulan formülasyona göre hesaplamaya gitmiştir. Buna göre katsayı değeri:

$$I = 1 - \left[\sum_{i=1}^n y_i^{1-s} f(y) \right]^{\frac{1}{1-s}} \quad [1]$$

şeklinde hesaplanmaktadır. Denklemdeki y geliri, μ ortalama geliri, ϵ ise farklı gelir dilimlerinde gelir transferlerine karşı duyarlılık düzeyini simgelemektedir. Orijinal formülasyon daha sonra bölgesel birimler arasındaki eşitsizliğin ölçümü için e denklem 2'de sunulan formülasyona dayanarak revize edilmiştir. Buna göre katsayı değerinin hesaplanma yöntemi

$$A_{(\Omega)} = 1 - \left[\sum_{i=1}^n \frac{Y_i/EP}{P_i} \right]^{\frac{1}{1-\Omega}} \quad \text{eğer } \Omega \neq 1 \quad [2]$$

şeklinde güncellenmiştir. Denklemdeki $A_{(\Omega)}$, analize konu olan alt bölgeler için Atkinson eşitsizlik katsayısını; Ω araştırmacıların hesaplama kolaylığından dolayı genelde 2 değerini verdiği duyarlılık katsayısını; Y_i , i bölgesindeki huzurevi yatak sayısını; P_i , i bölgesinde yaşlı nüfus sayısını temsil etmektedir. Yine P de yaşlı nüfusun on dört alt bölgeye göre ağırlıksız ortalamasıdır.

Yaşlıların huzurevi yatak arzından el ettiği sosyal fayda oranı (Y_{SF}), Atkinson eşitsizlik katsayısının 1'den çıkartılıp elde edilen değer 100'le çarpılmasıyla hesaplanmaktadır.

$$Y_{SF} = \%((1 - A_{(\Omega)}) \times 100) \quad [3]$$

Huzurevi yatak arzının dengesiz dağılımından dolayı yaşlı nüfus için oluşan sosyal fayda kaybı oranının hesaplanmasıysa Atkinson eşitsizlik katsayısının 100 ile çarpımıyla gerçekleştirilmektedir.

$$Y_{SFK} = \%(A_{(\Omega)} \times 100) \quad [4]$$

Yaşlı nüfusun hissettiği huzurevi yatak arz sayısının hesaplanmasıysa denklem 5'teki gibi iki farklı yolla hesaplanabilmektedir.

$$Y_{Hissedilen} = (1 - A_{(\Omega)}) \times Y = \frac{YSE}{100} \times Y \quad [5]$$

Yaşlı nüfusun huzurevi yatak arzının dengesiz dağılımı sonucunda hissedemediği yatak arz sayısı ise denklem 6'daki formülasyonla hesaplanmaktadır.

$$Y_{Hissedilmeyen} = A_{(\Omega)} \times Y = \frac{YSFK}{100} \times Y \quad [6]$$

3. BULGULAR

Özel ve kamu huzurevlerindeki yatak kapasitesi ve faal olarak kullanılan yatak arzının yaşlı nüfusa göre dağılımındaki eşitsizliğin karşılaştırıldığı bu çalışmada bulgular iki alt başlık altında toplanmıştır. İlk başlık altında özel ve kamu sektörü huzurevlerindeki yatak kapasitesinin yaşlı nüfusa göre on dört bölge arasındaki dağılımında oluşan eşitsizlik Atkinson eşitsizlik katsayısıyla ölçülmüş, ayrıca sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları da hesaplanmıştır. Buna ek olarak yaşlı nüfusça hissedilen ve hissedilemeyen yatak kapasiteleri de hesaplanarak ayrı tablolarda sunulmuştur. İkinci başlık altındaysa bu defa özel ve kamu huzurevlerinde faal olarak kullanılan yatak arzının yaşlı nüfusa göre on dört bölge arasındaki dağılımında oluşan eşitsizlik ölçülmüştür. Hesaplanan Atkinson eşitsizlik katsayılarına dayanarak sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları da hesaplanmıştır. Ayrıca yaşlı nüfusça hissedilen ve hissedilemeyen faal olarak kullanılan yatak arzları da hesaplanarak ayrı tablolarda sunulmuştur.

3.1. Özel ve Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Yatak Kapasitesi Karşılaştırması

Özel huzurevlerindeki yatak kapasitesinin yaşlı nüfusa göre bölgesel dağılım eşitsizliğini tespiti yönelik hesaplanan Atkinson eşitsizlik katsayı değerleri, 0,756 ile 0,795 arasında değişmektedir. Yaşlı nüfusun özel huzurevlerindeki yatak kapasitesinden sağladıkları sosyal fayda oranları %20,5 ile %24,4 ve sosyal fayda kaybı oranıysa %75,6 ile %79,5 arasında gerçekleşmiştir. Erkek ve kadın yaşlılara göre dağılımlarda Atkinson eşitsizlik katsayı değerleri, sosyal fayda ve sosyal fayda kaybı oranları ise şu şekilde gerçekleşmiştir: Erkek yaşlılara göre dağılımda Atkinson eşitsizlik katsayı değerleri 0,759 ile 0,823 aralığındadır. Sosyal fayda oranları %17,7 ile %24,1 ve sosyal fayda kaybı oranları da %75,9 ile %82,3 arasında gerçekleşmiştir. Kadın yaşlılara göre dağılımdaysa Atkinson eşitsizlik katsayıları 0,753 ile 0,793; sosyal fayda oranları %20,7 ile %24,7 ve sosyal fayda kaybı oranlarıysa %75,3 ile %79,3 aralığında değişmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Özel Huzurevlerindeki Yatak Kapasitesinden Yaşlı Nüfusun Sağladığı Sosyal Fayda

Yaş dilimi	Toplam			Erkek			Kadın		
	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK
60-64 yaş	0,756	24,4	75,6	0,759	24,1	75,9	0,753	24,7	75,3
65-69 yaş	0,772	22,8	77,2	0,775	22,5	77,5	0,769	23,1	76,9
70-74 yaş	0,788	21,2	78,8	0,788	21,2	78,8	0,789	21,1	78,9
75-79 yaş	0,795	20,5	79,5	0,798	20,2	79,8	0,793	20,7	79,3
80-84 yaş	0,788	21,2	78,8	0,793	20,7	79,3	0,785	21,5	78,5
85-89 yaş	0,798	20,2	79,8	0,823	17,7	82,3	0,781	21,9	78,1
90 + yaş	0,757	24,3	75,7	0,761	23,9	76,1	0,758	24,2	75,8
60 + yaş	0,775	22,5	77,5	0,777	22,3	77,7	0,773	22,7	77,3
65 + yaş	0,783	21,7	78,3	0,787	21,3	78,7	0,781	21,9	78,1

Bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevlerindeki yatak kapasitesinin yaşlı nüfusa göre bölgelerarası dağılımı, özel huzurevlerindeki yatak kapasitesinin bölgelerarası dağılımına göre çok daha dengeli



şekilde gerçekleşmiştir. Atkinson eşitsizlik katsayı değerleri, cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre 0,152 ile 0,187; erkek yaşlı nüfusa göre 0,154 ile 0,195 ve kadın yaşlı nüfusa göreyse 0,152 ile 0,201 arasında dağılmaktadır. Sosyal fayda oranları cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre %81,3 ile %84,8; erkek yaşlılara göre %80,5 ile %84,6; kadın yaşlılara göreyse %79,9 ile %84,8 aralığındadır. Sosyal fayda kaybı oranlarıysa cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre %15,2 ile %18,7; erkek yaşlılara göre % 15,4 ile % 19,5; kadın yaşlılara göreyse % 15,2 ile % 20,1 arasında gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Bakanlığa Bağlı Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Yatak Kapasitesinden Yaşlı Nüfusun Sağladığı Sosyal Fayda

Yaş dilimi	Toplam			Erkek			Kadın		
	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK
60-64 yaş	0,164	83,6	16,4	0,165	83,5	16,5	0,164	83,6	16,4
65-69 yaş	0,156	84,4	15,6	0,155	84,5	15,5	0,157	84,3	15,7
70-74 yaş	0,159	84,1	15,9	0,157	84,3	15,7	0,161	83,9	16,1
75-79 yaş	0,162	83,8	16,2	0,165	83,5	16,5	0,161	83,9	16,1
80-84 yaş	0,152	84,8	15,2	0,154	84,6	15,4	0,152	84,8	15,2
85-89 yaş	0,171	82,9	17,1	0,195	80,5	19,5	0,161	83,9	16,1
90 + yaş	0,187	81,3	18,7	0,163	83,7	16,3	0,201	79,9	20,1
60 + yaş	0,159	84,1	15,9	0,158	84,2	15,8	0,159	84,1	15,9
65 + yaş	0,158	84,2	15,8	0,158	84,2	15,8	0,158	84,2	15,8

Özel huzurevlerindeki toplam 16,071 kişilik yatak kapasitesinin bölgelerarası dağılımındaki eşitsizlik sebebiyle, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın yaşlıların yaş dilimlerine göre 3.244 ile 3.925 kişilik yatak kapasitesi varmış gibi hissettikleri, hissedilmeyen yatak kapasitesininse 12.146 ile 12.827 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Hissedilen yatak arzı erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 3.247 ile 3.880 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 3.331 ile 3.968 arasında değişim göstermektedir. Hissedilemeyen yatak kapasitesi ise erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 12.191 ile 12.824 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 12.103 ile 12.740 arasında gerçekleşmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşlı Nüfusunca Hissedilen ve Hissedilemeyen Özel Huzurevlerindeki Yatak Kapasitesi

Yaş dilimi	Toplam		Erkek		Kadın	
	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi
60-64 yaş	3.925	12.146	3.880	12.191	3.968	12.103
65-69 yaş	3.671	12.400	3.622	12.449	3.716	12.355
70-74 yaş	3.401	12.670	3.412	12.659	3.390	12.681
75-79 yaş	3.295	12.776	3.247	12.824	3.331	12.740
80-84 yaş	3.403	12.668	3.324	12.747	3.454	12.617
85-89 yaş	3.244	12.827	2.846	13.225	3.522	12.549
90 + yaş	3.898	12.173	3.845	12.226	3.894	12.177
60 + yaş	3.619	12.452	3.580	12.491	3.653	12.418
65 + yaş	3.481	12.590	3.430	12.641	3.522	12.549



Bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevlerinde on dört alt bölgede bulunan 11.767 kişilik yatak kapasitesinin bölgelerarası dağılımındaki eşitsizlik sebebiyle, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın yaşlıların yaş dilimlerine göre 9.567 ile 9.911 kişilik yatak kapasitesi varmış gibi hissettikleri, hissedilmeyen yatak kapasitesininse 1.788 ile 2.200 arasında değiştiği sonucuna varılmıştır. Hissedilen yatak arzı erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 9.476 ile 9.941 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 9.403 ile 9.973 arasındadır. Hissedilemeyen yatak kapasitesi ise erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 12.191 ile 12.824 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 12.103 ile 12.740 arasında gerçekleşmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlı Nüfusunca Hissedilen ve Hissedilemeyen Bakanlığa Bağlı Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Yatak Kapasitesi

Yaş dilimi	Toplam		Erkek		Kadın	
	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi	Hissedilen yatak kapasitesi	Hissedilmeyen yatak kapasitesi
60-64 yaş	9.832	1.935	9.821	1.946	9.841	1.926
65-69 yaş	9.934	1.833	9.941	1.826	9.924	1.843
70-74 yaş	9.898	1.869	9.920	1.847	9.873	1.894
75-79 yaş	9.857	1.910	9.827	1.940	9.869	1.898
80-84 yaş	9.979	1.788	9.951	1.816	9.973	1.794
85-89 yaş	9.750	2.017	9.476	2.291	9.870	1.897
90 + yaş	9.567	2.200	9.850	1.917	9.403	2.364
60 + yaş	9.901	1.866	9.903	1.864	9.897	1.870
65 + yaş	9.911	1.856	9.913	1.854	9.903	1.864

3.2. Özel ve Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Faal Yatak Arzı Karşılaştırması

Özel huzurevlerindeki faal yatak arzının cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre Atkinson eşitsizlik katsayı değerleri, 0,746 ile 0,800; erkek nüfusa göre katsayı değerleri 0,756 ile 0,802; kadın nüfusa göreyse 0,743 ile 0,796 arasında değişmektedir. Yaşlı nüfusun özel huzurevlerindeki yatak kapasitesinden sağladıkları sosyal fayda %20,0 ile %25,4; erkek yaşlıların sağladıkları sosyal fayda %17,5 ile %24,4; kadın yaşlıların sağladıkları sosyal fayda ise %20,4 ile %25,7 arasında gerçekleşmiştir. Sosyal fayda kaybı oranıysa cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre %74,6 ile %80; Erkek yaşlılara göre dağılımda %75,6 ile %80,2; kadın yaşlılara göre dağılımdaysa %74,3 ile %79,6 aralığında gerçekleşmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Özel Huzurevlerindeki Faal Yatak Arzından Yaşlı Nüfusun Sağladığı Sosyal Fayda

Yaş dilimi	Toplam			Erkek			Kadın		
	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK
60-64 yaş	0,760	24,0	76,0	0,763	23,7	76,3	0,757	24,3	75,7
65-69 yaş	0,776	22,4	77,6	0,780	22,0	78,0	0,773	22,7	77,3
70-74 yaş	0,794	20,6	79,4	0,794	20,6	79,4	0,795	20,5	79,5
75-79 yaş	0,799	20,1	79,9	0,802	19,8	80,2	0,796	20,4	79,6
80-84 yaş	0,786	21,4	78,6	0,789	21,1	78,9	0,785	21,5	78,5
85-89 yaş	0,800	20,0	80,0	0,825	17,5	82,5	0,782	21,8	78,2
90 + yaş	0,746	25,4	74,6	0,756	24,4	75,6	0,743	25,7	74,3
60 + yaş	0,779	22,1	77,9	0,781	21,9	78,1	0,776	22,4	77,6
65 + yaş	0,787	21,3	78,7	0,791	20,9	79,1	0,784	21,6	78,4



Bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevlerindeki faal olan yatak arzının yaşlı nüfusa göre bölgelerarası dağılımı da, özel huzurevlerindeki faal yatak arzının bölgelerarası dağılımına göre çok daha dengelidir. Buna göre Atkinson eşitsizlik katsayıları, cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre 0,141 ile 0,168; erkek yaşlı nüfusa göre 0,138 ile 0,187 ve kadın yaşlı nüfusa göreyse 0,145 ile 0,167 arasında dağılmaktadır. Sosyal fayda oranları cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre %83,2 ile %85,9; erkek yaşlılara göre %81,3 ile %86,2; kadın yaşlılara göreyse %83,3 ile %86,2 aralığındadır. Sosyal fayda kaybı oranlarıysa cinsiyet ayrımı olmadan yaşlı nüfusa göre % 14,1 ile % 16,8; erkek yaşlılara göre % 13,8 ile % 18,7; kadın yaşlılara göreyse %14,5 ile %16,7 arasında değer almaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Faal Yatak Arzından Yaşlı Nüfusun Sağladığı Sosyal Fayda

Yaş dilimi	Toplam			Erkek			Kadın		
	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK	ATK	SF	SFK
60-64 yaş	0,168	83,2	16,8	0,170	83,0	17,0	0,167	83,3	16,7
65-69 yaş	0,162	83,8	16,2	0,163	83,7	16,3	0,161	83,9	16,1
70-74 yaş	0,165	83,5	16,5	0,163	83,7	16,3	0,166	83,4	16,6
75-79 yaş	0,165	83,5	16,5	0,167	83,3	16,7	0,164	83,6	16,4
80-84 yaş	0,141	85,9	14,1	0,138	86,2	13,8	0,145	85,5	14,5
85-89 yaş	0,164	83,6	16,4	0,187	81,3	18,7	0,153	84,7	15,3
90 + yaş	0,147	85,3	14,7	0,140	86,0	14,0	0,154	84,6	15,4
60 + yaş	0,161	83,9	16,1	0,162	83,8	16,2	0,160	84,0	16,0
65 + yaş	0,159	84,1	15,9	0,161	83,9	16,1	0,159	84,1	15,9

Özel huzurevlerinde faal olarak kalınan yatak arzı toplam 10.687 olup, bu yatak arzının bölgelerarası dağılımındaki eşitsizlik sebebiyle cinsiyet ayrımı yapılmaksızın yaşlıların yaş dilimlerine göre 2.141 ile 2.815 adetinin hissedildiği, hissedilmeyen kısmınınsa 7.972 ile 8.545 arasında değiştiği sonucuyla karşılaşılmaktadır. Hissedilen faal olarak kullanılan yatak sayısı erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 1.872 ile 2.611 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 2.177 ile 2.744 arasında değişim göstermektedir. Hissedilemeyen yatak miktarı ise erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 8.076 ile 8.815 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göreyse 7.943 ile 8.510 arasındadır (Tablo 7).

Tablo 7. Yaşlı Nüfusça Hissedilen ve Hissedilemeyen Özel Huzurevlerindeki Faal Yatak Arzı

Yaş dilimi	Toplam		Erkek		Kadın	
	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı
60-64 yaş	2.565	8.122	2.535	8.152	2.594	8.093
65-69 yaş	2.392	8.295	2.354	8.333	2.426	8.261
70-74 yaş	2.199	8.488	2.203	8.484	2.195	8.492
75-79 yaş	2.152	8.535	2.119	8.568	2.177	8.510
80-84 yaş	2.283	8.404	2.250	8.437	2.303	8.384
85-89 yaş	2.141	8.546	1.872	8.815	2.331	8.356
90 + yaş	2.715	7.972	2.611	8.076	2.744	7.943
60 + yaş	2.366	8.321	2.337	8.350	2.391	8.296
65 + yaş	2.276	8.411	2.238	8.449	2.307	8.380

Bakanlığa bağlı kamu kesimi huzurevlerinde on dört alt bölgede bulunan faal olarak kullanılan 10.720 kişilik yatak arzının bölgelerarası dağılımındaki eşitsizlik sebebiyle, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın yaşlıların yaş dilimlerine göre 8.915 ile 9.145 yatak varmış gibi hissettikleri, hissedilmeyen yatak sayısınınsa 1.788 ile 2.200 arasında değiştiği sonucuna varılmıştır. Hissedilen yatak arzı erkek yaşlı yaş



dilimlerine göre 9.476 ile 9.941 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göre 9.403 ile 9.973 arasındadır. Hissedilemeyen yatak sayısıysa erkek yaşlı yaş dilimlerine göre 1.475 ile 2.007 ve kadın yaşlı yaş dilimlerine göre 1.558 ile 1.794 arasında gerçekleşmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Yaşlı Nüfusça Hissedilen ve Hissedilemeyen Kamu Kesimi Huzurevlerindeki Faal Yatak Arzı

Yaş dilimi	Toplam		Erkek		Kadın	
	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı	Hissedilen faal yatak arzı	Hissedilmeyen faal yatak arzı
60-64 yaş	8.915	1.805	8.899	1.821	8.929	1.791
65-69 yaş	8.985	1.735	8.968	1.752	8.997	1.723
70-74 yaş	8.954	1.766	8.969	1.751	8.936	1.784
75-79 yaş	8.954	1.766	8.930	1.790	8.964	1.756
80-84 yaş	9.207	1.513	9.245	1.475	9.162	1.558
85-89 yaş	8.967	1.753	8.713	2.007	9.079	1.641
90 + yaş	9.145	1.575	9.224	1.496	9.065	1.655
60 + yaş	8.993	1.727	8.981	1.739	9.001	1.719
65 + yaş	9.011	1.709	8.997	1.723	9.016	1.704

SONUÇ

Yaşlı bakımında üç ana aktörü oluşturan aile tarafından bakım, evde profesyonel bakıcı yardımıyla bakım, kurumda bakım seçenekleri içerisinde kurumda bakım, Batı dünyasına göre gecikmeli de olsa Türkiye’de de hızla yayılmaktadır. Aile yapısının geleneksel geniş aileden çekirdek aileye dönüşümü, aile tarafından bakımı giderek azaltmaktadır. Evde profesyonel bakıcı yardımıyla bakımda ise bakım maliyetinin yüksek oluşu, bu alternatifin de ağırlık kazanmasını özellikle kendi başına desteksiz şekilde hayatını sürdüremeyecek duruma gelen yaşlılar açısından güçleşmektedir. Nispeten düşük maliyetle güvenli bir şekilde yaşlılara dönük bakım hizmetinin sunulduğu huzurevlerinde yaşayanların sayısı her geçen gün artmaktadır.

Son yarım asırda yeni liberal akımların dünya genelinde yeniden popülerite kazanması, yaşlı bakım hizmet sunucusu olarak kâr maksimizasyonu amacıyla kurulan ticari – özel huzurevlerinin çok hızlı bir şekilde sayısal artış göstermelerine yol açmıştır. Bunun neticesinde de ABD ve İngiltere gibi huzurevlerinin en köklü geçmişe sahip olduğu Batı toplumlarında yatak arzının tamamına yakına erişmelerine yol açmıştır. Türkiye’de de özel huzurevlerinin yaklaşık olarak yatak arzının üçte birinin sağlayıcısı olduğu görülmektedir. Yaşlı bakımının huzurevlerinde gerçekleştirilmesini tercih edenlerin ağırlıklı olarak düşük ve orta gelir – servet düzeyine sahip yaşlılardan oluşmasıysa ayrıca önemlidir. Çünkü kâr maksimizasyonu amacıyla kurulup faaliyetini yürüten bir kuruluşun piyasadan finansman sorununu çözebilmesi güçleşmektedir. İşte o noktada da devlet desteği eliyle sosyal hizmet satın alımı olarak devlet finansmanı, özel kesim mülkiyetinde yaşlı bakım hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde ağırlık kazanmaktadır.

Devlet desteğinin İngiltere ve ABD’nde de olduğu gibi sosyal hizmet satın alımına dönüşmeye başladığı Türkiye’de, ister fiyat mekanizmasına dayalı piyasa koşullarında hizmet sunumu yapılsın isterse de kamu desteğiyle sosyal amaç gerçekleştirilmesine hizmet edilsin özel huzurevlerindeki yatak arzının yaşlı nüfusla dengeli dağılımına ihtiyaç vardır. Ancak gerçekleştirilen istatistik analizler, özel sektör huzurevlerindeki yatak kapasitesi ve faal olarak kullanılan yatak arzının dokuz farklı yaş dilimindeki nüfusla dağılımının kamu kesimi huzurevlerindeki göre çok dengesiz olduğunu göstermektedir. Bu dengesizlikse beraberinde yaşlı nüfusun özel kesim huzurevlerinden elde ettiği sosyal faydayı % 15 ile %25 aralığına kadar gerilemektedir. Hâlbuki kamu huzurevlerinden sağlanan sosyal fayda genel olarak



%80'in üzerindedir. Bunun anlamıysa yaşlı nüfusun özel huzurevlerindeki yatak arzının %75-85 arasındaki kısmının varlığını hissedemezken bu hissedilemeyen kısmın kamu kesimi huzurevlerindeki yatak arzının %20'nin altında kaldığıdır. Dolayısıyla özel huzurevlerinin kuruluş yeri seçiminde ne piyasa koşullarının ne de sosyal amaçların yeterince gözetilmediği savunulabilir. Bu noktada özel huzurevlerinin ister piyasaya dönük olarak faaliyetlerinde kar maksimizasyonu amacının öne çıkartılması olsun isterse de sosyal fayda maksimizasyonuna dayalı olarak devlet desteğine göre faaliyetlerin esas alınması olsun bu dengesizliğin süratle giderilmesi ihtiyacı mevcuttur. Sektöre yönelik devlet desteğinin bölgesel ayrıştırmayla belirlenmesi, sektörel bazda mevcut dengesizliği gidermede katkı sağlama potansiyeline sahiptir.

KAYNAKÇA

- Akan, E. (2023). "Toplumun Yaşlanması ve Yaşlılıkta Barınma Problemi Bağlamında Kurumsal Yaşlı Yaşam Alanları Tasarımı", *Senectus*, 1(2), 145-184.
- Atkinson A. B. (1970). "On the Measurement of Inequality", *Journal of Economic Theory*, 2(3), 244-263.
- Bohm, D. A. (2000). "Striving for Quality Care in America's Nursing Homes: Tracing the History of Nursing Homes and noting the Effect of Recent Federal Government Initiatives to Ensure Quality Care in the Nursing Home Setting", *DePaul J. Health Care L.*, 4, 317.
- Braun, R. T., Jung, H. Y., Casalino, L. P., Myslinski, Z., ve Unruh, M. A. (2021). "Association of Private Equity Investment in US nursing Homes with the Quality and cost of Care for Long-Stay Residents", *American Medical Association - JAMA Health Forum*, 2(1), e213817-e213817.
- Byttebier, K. (2022). *Initial (State) Response to Covid-19 and Capitalism: Success and Failure of the Legal Methods for Dealing with a Pandemic*, Cham: Springer International Publishing.
- Çiftçi, M. (2018). "Sosyal Politika Perspektifiyle İstihdamın GSYİH'nın Bölgesel Dağılımından Sağladığı Sosyal Refah Düzeyleri (2004-2014)", *İşletme Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 403-423.
- Dalley, G. (2001). "Long-Term Care in the United Kingdom: Community or Institutional Care? Individual, Family, or State Responsibility?", *Journal of aging & social policy*, 12(1), 1-5.
- Day, P., ve Klein, R. (1987). "The Regulation of Nursing Homes: a Comparative Perspective", *The Milbank Quarterly*, 65(3), 303-347.
- Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., ve Protheroe, J. (2003). *Quality of Care for Elderly Residents in Nursing Homes and Elderly People Living at Home: Controlled Observational Study*, *Bmj*, 326(7389), 580.
- Gulliford, M. C., Prevost, A. T., Clegg, A., ve Rezel-Potts, E. (2022). "Mortality of Care Home Residents and Community-Dwelling Controls during the COVID-19 Pandemic in 2020: Matched Cohort Study", *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(6), 923-929.
- Hancock, R., Arthur, A., Jagger, C., ve Matthews, R. (2002). "The Effect of Older People's Economic Resources on Care Home Entry under the United Kingdom's Long-Term care Financing System", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), S285-S293.
- Harrington, C., Hauser, C., Olney, B., ve Rosenau, P. V. (2011). "Ownership, Financing, and Management Strategies of the Ten Largest For-Profit Nursing Home Chains in the United States", *International Journal of Health Services*, 41(4), 725-746.
- Harrington, C., Jacobsen, F. F., Panos, J., Pollock, A., Sutaria, S., ve Szebehely, M. (2017). "Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains", *Health services insights*, 10, 1178632917710533.
- Heneghan, C., Dietrich, M., Brassey, J., ve Jefferson, T. (2022). "Effects of COVID-19 in Care Homes-A Mixed Methods Review", *medRxiv*, 2022-04.
- İlik, B. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2021). *Yaşlılık ve Sosyal Hizmetler*, Teknik Rapor No. 16-2021/2, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.
- Kingsley, D. E. (2018). "Implementation of Medicaid-Funded Long-Term Care: The Impact of Prior History on the Development of the Nursing Home Industry", *Poverty & Public Policy*, 10(4), 471-504.
- Lievesley, N., Crosby, G., Bowman, C., ve Midwinter, E. (2011). *The Changing Role of Care Homes*, London: BUPA and Centre for Policy on Ageing.
- Mullins, L. C., Mushel, M. F., ve Hermanns, O. (1994). "Nursing Homes in the United States: An Historical view and Contemporary Description of Facilities and Residents". *Journal of Health and Human Services Administration*, 17(2), 136-147.



- Peace, S.M. (2003). "The Development of Residential and Nursing Home Care in the United Kingdom", Jeanne Samson Katz and Sheila M. Peace (Ed.), End of Life in Care Homes: A Palliative Approach, içinde (15-42), Oxford: Oxford University Press.
- Prior, P. M., ve Hayes, B. C. (2001). "Marital Status and Bed Occupancy in Health and Social Care Facilities in the United Kingdom", Public Health, 115(6), 401-406.
- Schultze, A., Nightingale, E., Evans, D., Hulme, W., Rosello, A., Bates, C., ... ve Leon, D. A. (2022). "Mortality among Care Home Residents in England during the First and Second Waves of the COVID-19 Pandemic: an Observational Study of 4.3 Million Adults over the age of 65", The Lancet Regional Health–Europe, 14, 100295.
- Sıgım, A. (2016). "Çalışma Hayatı ve Emeklilik Bağlamında Türkiye'de Yaşlılık", Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25(1), 87-101.
- Solmaz, U. ve Artan, T. (2022). "Yaşlılık Tarihi ve Yaşlılık Hizmetleri", B. Abay Alyüz (Ed.), Sosyal Hizmet Yazıları, içinde (27-50), Konya: Eğitim yayınevi.
- Solon, J., ve Baney, A. M. (1955). "Ownership and Size of Nursing Homes", Public Health Reports, 70(5), 437-444.
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Bakanlığımız Huzurevleri. <https://www.aile.gov.tr/media/57712/genel-mudurlugumuze-bagli-huzurevleri.xls>.
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Özel Huzurevleri, <https://www.aile.gov.tr/media/44312/ozel-huzurevleri.xls>.
- Topper, F., Aslan, H. ve Özpolat, A.O. (2023). "Türkiye'deki Sosyal Hizmet Kurumlarının Tarihsel Gelişimi", Journal of History School, 62,125-158.
- TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları - İBBS-Düzye1, İBBS-Düzye2, İl ve İlçe Nüfusları, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/>.
- Ürük, Z. F. ve Öztürk, T. (2019). "Huzurevlerinde Yatak Odası Mekânının Gelişim Süreci, İstanbul ve Brüksel Örneği", Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi, 16, 662-678.
- Üz, K., ve Kara, B. (2022). "Türkiye'de Sosyal Devlet Anlayışı ve Yaşlı Hakları", Milli Kültür Araştırmaları Dergisi, 6(1), 131-151.
- Wiener, J. M., ve Cuellar, A. E. (1999). "Public and Private Responsibilities. Home-and Community-Based Services in the United Kingdom and Germany", Journal of Aging and Health, 11(3), 417-444.
- Zıplar, Ü. T. (2015). "Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Hizmetleri", Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(2), 173-194.