

PAPER DETAILS

TITLE: ALMANYA VE JAPONYA`DA BAKIM SIGORTASI UYGULAMALARI (MUKAYESELİ BİR DEGERLENDİRME)

AUTHORS: Ali SEYYAR,Sema OGLAK

PAGES: 735-757

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/8067>

ALMANYA VE JAPONYA'DA BAKIM SİGORTASI UYGULAMALARI (MUKAYESELİ BİR DEĞERLENDİRME)

Doç. Dr. Ali SEYYAR*
Sema OĞLAK

Özet

Almanya ve Japonya'da son yıllarda toplam nüfus içindeki yaşlıların oranı hızla artmaktadır. Sosyal güvenlik harcamalarının içindeki yaşlılar payı da buna paralel olarak gittikçe artmaktadır. Her iki ülkede de, toplam sosyal güvenlik harcamalarının yaklaşık üçte ikisi yaşlılara ayrılmaktadır. Bu, çalışmakta olan genç işgücünün, yaşlılara sosyal transferde bulunmakta olduğu anlamına gelmektedir. Günümüzde çalışanlardan alınan primler, gittikçe artan oranda yaşlıların sosyal güvenlik hizmetlerini desteklemek için kullanılmaktadır. Yaşlılara ve ileri yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlara yapılan harcamaların artması nedeniyle çalışan işgücünün sosyal sigorta prim yüklerinin yanında gelir vergileri de belirli bir dereceye kadar artırılmaktadır. Ancak, ileri yaşlılık ve bakıma muhtaçlık sorununa karşılık olarak sunulan bakım hizmetlerinin finansmanını uzun vadeli olarak sağlayabilmek için, sosyal güvenlik ve özellikle bakım güvence sistemlerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Almanya, bu sorunu sosyal sigortalar sistemi içine bakım sigortasını ihdas ederek çözmeye çalışırken, Japonya'da Alman modelinden esinlenerek benzer bir yöntemi benimsemiş görünmektedir. Bu çalışmada her iki ülkenin bakım sigortası uygulamaları karşılaştırmalı olarak ele alınıp, eleştirel bir biçimde değerlendirilecektir.

Abstract

*Applications of Nursing Insurance in Germany and Japan
(A Comparative Evaluation):*

The proportion of elder people in total population in Germany and Japan has recently been growing fast. In parallel to this situation, the share of aged in social security expenditure has been increasing more and more. In both countries nearly two thirds of the social security expenditure is spent for the social security of elder population. This means that the young working population make social shift

* Sakarya Üniversitesi, İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

to the aged. Nowadays, premiums obtained from the working population are used in on increasing proportion to support the social insurance services of elder people. Because of the increase in the costs given to both aged and those who are need of care due to old age, in addition to the burden of the social insurance premium, their income tax is increased to an extent. However, in order to provide the finance of the long term care services given introduced for the question of overaging and being in need, the systems of social security and assurance in particular need to be restructured. While Germany is trying to solve this problem by creating care insurance into the system of the social insurances, Japan, also favoring the German model, seems to be inspired in a similiar model. In this study, the the care insurance practices of these two countries will be reviewed comparatively and evaluated in a critical way.

GİRİŞ

Bakıma muhtaçlık riski, özellikle yaşlanan toplumlarda meydana gelen bir sosyal risk türüdür. Bakıma muhtaçlık riski, kişinin, özürllülük, yaşlılık, hastalık veya malullük gibi sebeplerden dolayı başkalarının sürekli olarak bedenî desteğine ihtiyaç duyma tehlikesidir. Bu riskin tahakkuku söz konusu olması durumunda bakıma muhtaçlık sorunu da gündeme gelmiş olmaktadır. Tanım olarak bakıma muhtaçlık, kişinin, bedensel hareket edebilirliğinin engellenmesi veya kısıtlanması sonucunda gerek beden temizliği, gerek beslenme, gerekse ev idaresinde değişik yoğunlukla bir bakıcının düzenli bakımına ihtiyaç duyma hâlidir. Dolayısıyla bakıma muhtaç bir kişi de, günlük hayatta her zaman yapılması gereken bazı basit bedenî hareketlerin yerine getirilmesinde (giyinme, yeme içme, beden temizliği, tuvalet ihtiyacını giderme, alış veriş vb.) başkalarının fizikî-bedenî yardımına ve desteğine sürekli olarak ihtiyaç duyan insandır. Yani, hayatın idamesi için yapılması zarurî olan temel iş ve görevleri, kendi kendine yapma kabiliyetine ve gücüne sahip olmayan herhangi bir insan, bakıma muhtaçtır (Seyyar; 2002; 54-56).

Nüfusu gittikçe yaşlanmakta olan gelişmiş ülkeler, bakıma muhtaçlık riski ve sorununa karşı sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesini temin eden modeller oluşturmak mecburiyetindedir: Bakım güvencesi, bakıma muhtaç kişiye, başta sosyal bakım hizmetleri olmak üzere gerektiğinde maddî yardımlarda bulunan bir uygulamadır. Bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvence sisteminin geliştirilmesi için, çözüm modeli olarak genelde iki yöntem mevcuttur. Birincisi, bu riske karşı sosyal sigortalar sistemi içinde bakım sigortasını ihdas etmektir. İkinci model ise, genel vergilerden

finanse edilen kamusal sosyal yardım vasıtasıyla bakım ihtiyacı ile ilgili olarak kişilere sunulan sosyal güvencelerdir (Seyyar; 1999; 97-115).

Bir çok Avrupa ülkesi, bakım güvence sistemlerinden herhangi birisini tercih ederken, bazıları da karma bir sistem tercih etmektedir. Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan bakıma muhtaçlık sorunu, sadece Avrupa ülkelerini ilgilendirmemektedir. Coğrafya bakımından ayrı bir bölgede olan fakat sosyo-kültürel ve demografik yönleriyle benzerlikler taşıyan Japonya da yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık sorununa karşı yeni arayışlara girmiş ve bu alanda zengin bir birikime sahip olan Almanya uygulamalarından yararlanarak, sosyal güvenlik sistemine bakım sigortasını ihdas etmiştir.

Her ülkenin uygulamaya koyduğu bakım güvence sisteminin bütün özelliklerini mukayeseli olarak derinlemesine analiz etmek, bu makalenin kapsamını aşacağından, bu çalışmada ülkeler açısından seçici davranılmış ve mukayese edilebilir yönüyle uygun bulduğumuz Alman ve Japon bakım sigortalarının bazı ortak ve ayrışan noktalarına öncelik verilmiştir.

1. Almanya'da Bakım Sigortası ve Özellikleri

Almanya'da bakım sigortası, bakıma muhtaçlık riskinden doğan bedenî, maddî ve manevî zararların telâfisine yönelik sosyal sigorta sistemi içinde tesis edilen bir sigorta türüdür. Almanya'da bakım sigortası tesisinden önce de, 1988 yılında yapılan sağlık reformu ile hastanın evde bakımı durumunda hastalık sigortasınca bakıma muhtaç hastaya bakımı için belli bir sosyal gelir sağlanması sistemine geçilmiş; bakıma muhtaç kişiler ve bakım hizmetlerinde çalışanlara 1990 vergi reformu ile vergi kolaylıkları sağlanmış; 1992 yılında yapılan yaşlılık, malullük ve ölüm sigortası reformu ile bakım aşamasında geçirilen sürenin bu sigorta kolunda dikkate alınması sağlanmıştı. Ancak, bu tedbirlerle bakım için başkalarının desteğine muhtaç olma gibi bir çok risk gereğince karşılanmamıştır (Dilik; 1998; 1-2).

Benzer çalışmalar Hollanda'da uygulanmış ancak bakıma muhtaçlık riskinin müstakil bir bakım sigortası kapsamında ele alınması ilk kez Alman sosyal sigortalar sisteminde gerçekleştirilmiştir. Bu yönüyle dünyada ilk defa 1995 yılında Almanya'da yürürlüğe giren bakım sigortası, diğer sosyal sigorta türlerinde olduğu gibi, finansmanını, işçi ve işverenlerden alınan primlerden sağlanmaktadır. Çalışanların, bakım sigortası finansmanına katılımları, işverenlere oranla eşit tutulmaktadır. Bakım Sigortasının prim oranı,

1.7.1996'dan beri %1.7'dir. Bakım sigortası kapsamına giren bağımlı işçilerin aile üyeleri de prim ödemeksizin sigorta kapsamına dâhil edilmektedir. Aile sigortası kapsamına, sigortalı işçinin çalışmayan eşinin yanında 18 yaşını doldurmamış çocuklar da girmektedir. Buna göre, aile fertleri, hangi sebepten ötürü olursa olsun bakıma muhtaç hâle gelmeleri durumunda; Bakım Sigortasının sunduğu bütün hizmetlerden ve yardımlardan yararlanabilmektedir (Jung; 1995; 132)

Alman bakım sigortasının hizmet sunumundaki temel esasları ve somut tezahürleri, kısaca şunlardır:

1.1. Eve Dönük Aile Dostu Bakım Güvencesinin Temini

Bakım hizmetlerinin hedefi, kurumsallaşmış bakım sistemi oluşturarak, gerek bakım yurtlarında, gerekse evde, profesyonel bakıcı uzmanların ve bakımı kolaylaştıran teknolojik araç-gereç yardımı ile bakım hizmetlerindeki kaliteyi artırmak ve aile fertlerinden oluşan bakıcıların yükünü hafifletmektir. Evde bakım hizmetleri, hem bakım hizmetlerinin maliyetini düşürdüğünden, hem de birebir ve şahsî ihtiyaçlara göre düzenlediğinden ve dolayısıyla bakım kalitesini artırdığından bakım sistemi içinde önemi gittikçe artmaktadır. Bakıma muhtaç insanların, mümkün olabildiğince sürekli olarak alışageldikleri sosyal çevrelerinde bakılmaları için, aile fertlerinden oluşan bakıcıların yükünün hafifletilmesi ve şartlarının iyileştirilmesi yönünde her türlü kolaylık getirilmektedir. Bu bağlamda, kanun koyucunun kurumsal bakım hizmetlerinden ziyade öncelikle evde bakıma ağırlık verdiğini görüyoruz (Seyyar; 1998; 50).

1.1.1. Bakıcı Aile Fertlerinin Sosyal Güvenliği

Başta yaşlılık ve kaza sigortası kolları olmak üzere, haftada en az 14 saat bakım hizmetinde bulunan bakıcı aile fertlerinin sosyal güvenlik kapsamına alınmaları ile evde bakımın cazibesi artırılmak istenmektedir. Dolayısıyla emeklilik güvencesinin ötesinde, bakım hizmetleri esnasında evde meydana gelebilecek kazalara karşı bakıcı aile fertleri, prim ödemeksizin kaza sigortası kapsamına alınmaktadır (Seyyar; 1999; 138).

1.1.2. Bakıma Muhtaçların Sosyal Güvenliği ve Bakım Parası Uygulaması

Bakım parası ödemeleri açısından evde bakım hizmetleri, üç kısma ayrılabilir:

1.) Haricî Destekli Evde Bakım Hizmetlerinde Bakım Parası

Evde bakımın söz konusu olması hâlinde, bakıma muhtaç insanın yalnız yemesi, içmesi ve temiz kalması için çaba gösterilmesi, sosyal nitelikli bakım hizmetlerinin temel anlayışına ters düşmektedir. Bakıma muhtaç insanın, eski dinçliğine ve sağlığına yüzde yüz kavuşturulması mümkün görünmese dahî, fizikî yönden olabildiğince bağımsız bir hayat sürdürebilmesi için, başta fizik eksersizleri olmak üzere değişik aktif programların uygulanması, bakım sigortası tarafından teşvik edilmektedir. Aktif bakım hizmetlerini; bakıma muhtaç kişinin hareket kabiliyetini artırmak, defî hacette, yeme-içmede, sosyal ilişkilerde ve netice itibarıyla hayatını tanzim etmede kolaylık sağlamak şeklinde anlamak mümkündür (AOK; 1996; 8). Aslında profesyonel anlamda aktif bakım hizmetleri ile evde bakım kalitesi temin edilmek istenmektedir. Bu da çoğu zaman aktif bakım hizmetleri sunabilen profesyonel uzmanların sâyesinde gerçekleştirilebilmektedir.

Bakıcı aile fertlerinin yükünü hafifletmek, daha sağlıklı ve kaliteli bakım hizmeti verebilmek amacıyla dışarıdan gelen uzman bakıcıların profesyonel bakım hizmetleri, aile fertleri için son derece önemlidir. Eve yönelik haricî bakım hizmetleri, hem temel bakıma, hem de ev idaresine yönelik günlük hizmetleri içermektedir. Eve yönelik profesyonel bakım hizmetleri, bakım sigortasına bağlı bölge bakım sandıkları ile hizmet sözleşmesi yapmış özel sektör temsilcileri (serbest hemşireler ve(ya) bakım uzmanları, Bakım şirketleri, Sivil toplum kuruluşları) tarafından yürütülmektedir. Sürekli bir biçimde haricî profesyonel bakım hizmetlerinin sağlanabilmesi için, Bakım Sigortası, bakıma muhtaç insana, muhtaçlık derecesine göre her ay 375 EURO ile 1.825 EURO arasında bakım parası adı altında bir sosyal gelir bağlamaktadır (Seyyar; 1999; 129).

2.) Aile İçi Evde Bakım Hizmetlerinde Bakım Parası

Evde yaşayan aile fertlerinden herhangi birisinin bakıma muhtaç kişinin bakımını, haricî destek almaya gerek duymaksızın yürütebilmesi söz konusu olmasında, aile yine de sosyal koruma kapsamına alınmaktadır. Bakımı üstlenen kişi, çoğu zaman sadece bu sebepten dolayı emek piyasasında

çalışmamakta ve gelirden mahrum olmaktadır. Bunun yanında bakım ile ilgili olağanüstü masraflar da çıkmaktadır. Bunun içindir ki; profesyonel bakım hizmetlerine ihtiyaç duymayan ailelere de, bakım harcamalarını ve gelir kayıplarını gidermeye yönelik nakdî yardımlar yapılmaktadır. Bu durumda böyle bir aileye, bakıma muhtaç kişinin bakım derecesine göre 200 EURO ile 650 EURO arasında seyreden bir miktar üzerinden bakım parası ödenmektedir (Seyyar; 1999; 130).

3.) Haricî Destekli Evde Geçici Olarak Tam Bakım Hizmetinde Bakım Parası

Bakıma muhtaç insanın sürekli bakımını üstlenen bakıcının hastalanması veya izne çıkmak istemesi gibi durumlarda, bakım hizmetleri, geçici bir süre için yerine getirilemeyeceğinden, bakıma muhtaç kişi, bu süre zarfında profesyonel bir bakıcı tarafından evinde bakılır. Herhangi bir özel kuruluştan geçici bir süre için temin edilen profesyonel bakıcıya, çalıştığı süre ve bu hizmetten yararlanan kişinin bakıma muhtaçlık derecesine göre değişen miktarlar üzerinden yine “bakım parası” adı altında bir ücret verilmektedir (Seyyar; 1999; 131-132).

1.1.3. Evde Bakımı Kolaylaştıracak Araç-Gereç Yardımı ve Mimari Destek

Almanya’da bakım evde gerçekleşecekse, bakıma muhtaç insana, evindeki aile düzeni bozulmadan, mümkün olduğunca kendi kendine yeterli hâle gelebilmesi yönünde imkânlar tanınmaktadır.

Bu anlayış doğrultusunda bakıma muhtaç insanın bakımını kolaylaştırmak ve mümkün mertebe hayatını bağımsız olarak idame ettirebilmesini sağlamak maksadıyla, kendisine ve(ya) aile fertlerine araç-gereç ve cihaz yardımı yapılmaktadır. Bu yardımlar genelde iki farklı uygulamaya göre yapılmaktadır.

- 1.) Hijyenik sebeplerden veya maddenin yapısından dolayı ancak bir kere kullanılan tıbbî malzemeler (Naylon eldiven; Dezenfekte mamulleri vb.). Bu gibi malzemelerin alımına bakım sigortası ayda en fazla 30 EURO’ya kadar yardımda bulunmaktadır. (SGB; XI; m. 42.1).
- 2.) Uzun vadeli olarak kullanılan teknik araç-gereçlere (Tekerlekli sandalye; Özel hasta yatağı; Çağrı cihazı vb.) ihtiyaç duyulması

hâlinde, bakıma muhtaç kişiye ödünç yolu ile bunlar temin edilmektedir (SGB; XI; m. 40.3).

Diğer taraftan bakıma muhtaç insanın yaşadığı mekânı ve ev çevresini bakıma uygun hâle getirebilmek ve bakımı daha da kolaylaştırmak amacıyla yapılması zarurî görülen her türlü tadilat ve tamiratlar için, bakım sigortası 2.500 EURO'ya kadar malî destekte bulunmaktadır (SGB; XI; m. 40.4). Bakıma muhtaç kişinin özel ihtiyaçlarını karşılayan ve başkalarına karşı bağımlılığını ciddî boyutta azaltan bütün mimarî değişiklikler veya ilaveler, tadilat ve tamirat kapsamına girmektedir (Özel duş tesisatı; Asansör vb.) (Seyyar; 1999; 134).

1.2. Kurumsal Bakım Hizmetleri

Bakım sigortası kapsamında olan bakıma muhtaçlar ve onlara bakabilen veya bakamayan aile fertlerine, kurumsal bakım hizmetleri çerçevesinde aşağıdaki imkânlar sunulmaktadır:

1. Kısa Süreli Tam Gün Kurumsal Bakım Hizmetleri

Bakıma muhtaç kişinin geçici olarak başka birisi tarafından evinde bakılması, herhangi bir sebepten dolayı uygun görülmemesi hâlinde, bakıma muhtaç kişinin tercih edebileceği herhangi bir bakım yurdunun hizmetlerinden kısa süreli (yılda azami 4 hafta) olmak şartıyla ücretsiz olarak yararlanabilmesi söz konusudur (Seyyar; 1999; 133). Tam gün olarak düzenlenen kısa süreli (geçici) kurumsal bakım hizmetleri, bakıcı aile fertlerinin ev dışında sosyo-kültürel ihtiyaçlarını (Eğitim; Tatil; Dinlenme; Akraba ziyareti vb) karşılayabilmelerini temin eden esnek bir uygulamadır.

2. Kısmî Kurumsal Bakım Hizmetleri

Eve yönelik bakıma öncelik verilmesi ile, kısa süreli (geçici) ve kısmî (yarı gün) kurumsal bakımın önemi, tam gün kurumsal bakıma kıyasla artmaktadır. Bakım yurtlarında süresiz olarak sağlanan tam gün bakım, bakıma muhtaç insanı evinden ve sosyal muhitinden bütünüyle uzaklaştırmasına karşılık, kısa süreli ve kısmî bakım hizmetlerinde bakıma muhtaç insanın alışkın olduğu sosyal ortamından koparılması söz konusu değildir. (Seyyar; 1999; 116).

Bakıma muhtaç insanın sağlık durumunda olumsuz gelişmeler görüldüğünde veya bakıcının gündüz veya gece çalışmak durumunda olması

hâlinde, evdeki bakım tam olarak sağlanamayacağından, bakıma muhtaç insanın, sürekli olarak kısmî (gece veya gündüz) bakım hizmetleri sunan kuruluşlardan yararlandırılması gerekmektedir. Alman bakım sigortası böyle durumlarda, kurumsal anlamda kısmî bakım hizmetlerinden yararlanmak isteyen bakıma muhtaç insanlara, bakım derecelerine göre 375 EURO ile 1.050 EURO arasında nakdî destekte bulunmaktadır (SGB; XI; m.41.2).

3. Kalıcı Tam Gün Kurumsal Bakım Hizmetleri

Kişinin ağır derecede bakıma muhtaç olması, evde bakıma muhtaç kişiye bakacak bir bireyin olmaması veya olduğu hâlde değişik psiko-sosyal fizyolojik ve fizikî sebeplerden dolayı bakım sorumluluklarını yeterince yerine getirememesi gibi durumlarda bakıma muhtaç kişinin kurumsal bakım altına alınması kaçınılmaz olmaktadır (AOK; 1996; 12).

Herhangi bir bakım tesisinde tam gün olarak bakım hizmetleri gören bakıma muhtaç kişinin giderlerinin tümü, bakım sigortası tarafından karşılanmamaktadır. Genelde zarurî nitelik taşıyan temel, tıbbî ve sosyal bakım hizmetleri hariç barınma ve beslenme gibi giderler, bakıma muhtaç sigortalıdan talep edilmektedir. Bir başka ifadeyle tam gün bakım hizmetlerinin önemli bir bölümü bedelsiz olarak sunulurken, toplam bakım giderlerinin % 25'ine kadar kısmını bakıma muhtaç kişi ödemektedir (AOK; 1996; 17-20).

2. Japonya'da Bakım Sigortası ve Özellikleri

2.1. Bakım Sigortasının Uygulanmaya Konulmasındaki Etkenler

Japonya'da 1990'dan beri yaşlıların sosyal güvenliği için harcanan meblağ, her yıl ortalama olarak 2 trilyon yen'dir. Ancak, son yıllarda bu miktar, 2.5 trilyon yen seviyelerindedir. Gelecekte de emeklilik, sağlık ve sürekli bakım hizmetlerinin sağlanabilmesi için, Japon sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması gereği doğmaktadır. Kuşkusuz, bir çok Avrupa ülkesinde olduğu gibi, kaçınılmaz olan bu düzenlemeler, sosyal güvenlik sistemini daha etkin hâle getirebilmek, çalışanlar üzerindeki yükü azaltmak, farklı nesiller arasındaki yükümlülük ve hakları tarafsız, âdil ve güvenli bir şekilde sağlamak ve yaşlılara yönelik bakım hizmetlerindeki kaliteyi temin etmek amacını gütmektedir (Masuda; 2001; 37-45).

Japonya, tıpkı Almanya gibi, dünyada en hızlı yaşlanan ülkelerin başında gelmektedir. Bir taraftan doğurganlık oranının çok düşük olması (1996: 1.4; 2000: 1.3), diğer taraftan da ortalama ömrün gittikçe yükselmesi (2000 yılı için erkeklerde 77, kadınlarda 84), toplumun yaşlanmaya doğru hızla gittiğinin en belirgin işaretleridir. Yaşlanma ile beraber toplam nüfus da gittikçe azalmaktadır. Mevcut verilere göre, şu anda 126 milyon olan Japon nüfusunun 2100 yılında 60 milyona düşeceği varsayılmaktadır (İbe Hideo; 2000).

Japonya, dünyanın ortalama yaşam beklentisi en yüksek olan ve aynı zamanda en hızlı yaşlanan ülkesidir. 1995 de % 15 oranında olan 65 yaş ve üstündeki yaşlı oranı, 1999'da % 16.5'e çıkmıştır (Brodsky; 2000; 75). 2010 yılında ise bu oran % 21.5'e ve 2025'de % 27'ye yükseleceği öngörülmektedir (Miyatake, 2000).

1950'de 65 yaş ve üstündekilerin sayısı 4.16 milyon iken, 2000 yılında bu sayı, 22 milyona yaklaşmıştır. 75 yaş ve üstünde de artış hızlı bir şekilde 1997'de 1.07 milyondan, 2000 yılında 7 milyona yükselmiştir (13 yılda 7 kat artış olmuştur). 1960'dan bu yana (2000) çocuklarıyla yaşayan yaşlı nüfus oranı % 85'den % 50'ye düşmüş, kendi evinde yalnız yaşayanların oranı ise aynı dönemde % 5.4'den % 17'ye yükselmiştir. Yalnız yaşayan çiftlerin oranı ise 2000 yılı verilerine göre %28'dir (Commonwelath of Australia; 2003; 123-137).

Japonya'da nüfusun yaşlanması ile birlikte hem yaşlılığa bağlı bakıma muhtaçlık sorunu daha çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmakta, hem de bakıma muhtaç yaşlılara yönelik sosyal bakım hizmetlerinin önemi de artmaktadır. 2000 verilerine göre, Japonya'da bakıma muhtaçların sayısı, nüfusun % 13'ünü oluşturmaktadır. Evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstünde olan Japonların toplam nüfus içindeki oranı % 9'dur. Almanya'da ise bu oran, % 10.5'tir (Brodsky; 2000; 75).

Geleneksel Japon değerler sistemi; yaşlılara sevgi ve saygı gösterilmesini öngörmektedir. Bu nedenle, yaşlı bakımının sağlanmasındaki birincil sorumluluk ailenin üzerinde olmaktadır. Dolayısıyla Japonya'da bakıma muhtaç yaşlılar, evlerinde aile fertleri ve özellikle gelinler tarafından bakılmaktadır. Japon geleneklerine göre gelin, kayınvalidenin tüm bakımından birinci derecede sorumludur ve bu durum, kayınvalidenin ölümüne kadar sürmektedir. Kurumsal bakım hizmetleri ise daha çok kimsesiz yaşlıların bakımına yöneliktir. İster evde, isterse kurumsal bakım altında olsun 70 yaş üstündeki her yaşlı için, Japonya'da ücretsiz tıbbî hizmetler de verilmektedir (Campbell; 1997).

Japon demografik yapı içindeki yaşlı nüfusun inanılmaz artışı, aile içi sorumlulukları artırdığı gibi mahiyetini de değiştirmektedir. Artan sorumluluk kapsamının başında evde yalnız veya aile fertleri ile birlikte yaşayan büyüklerin ileri yaşlılıktan kaynaklanan bakıma muhtaçlık sorunu ile mücadele etmek girmektedir. Şüphesiz böyle bir sorun, sadece maddî boyutuyla değil bir çok psiko-sosyal faktörlerden ötürü de aile fertlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bundan dolayıdır ki, benzer sosyal sorunlara bir çözüm olarak takdim edilen Alman bakım sigortası uygulamaları, Japon hükümetlerinin yanında sosyal politikacı ve gerontoloji uzmanlarının yoğun ilgisini çekmiştir.

Japonya'da yardıma muhtaç özürllüler için kamusal sosyal yardım programları, aynı zamanda muhtaç durumunda olan birçok yaşlı için de uygulanmaktadır. 1996 istatistiklerine göre, bu kamusal sosyal yardım ve hizmetlerden yararlananların %54'ü, 65 yaş ve üstündekilerden oluşmaktadır. Diğer taraftan 70 yaşın üstünde olan her on Japon'dan biri, fiziksel özürllü kişilerden oluşmaktadır. Bir başka ifadeyle, yaşlılık ve özürllülük, bazen birbirini tâkip eden veya birlikte görülen, içinde bazen birden fazla tehlike unsuru taşıyan ve dolayısıyla mutlak anlamda sosyal güvenlik kapsamında değerlendirilmesi gereken bir sosyal risk türüdür. Bu yüzden, sosyal yardım programlarını veya bakım hizmetlerini özürllü veya yaşlı olmak üzere ikiye ayırmak, bu anlayış çerçevesinde sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler sistemini oluşturmak ve yönetmek, etkinlik ve kalite kriterleri açısından pek faydalı ve rasyonel olmamaktadır. Bu tespitler doğrultusunda Japonya'da yaşlı özürllülerin sosyal güvenliğini, sosyal bakım hizmetleri ile birlikte sağlayan bir anlayış geliştirmiştir (Masuda; 2001; 45-54).

Japonya'da hastalık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri, diğer ülkelerde olduğu gibi ücretsizdir. Ancak, yaşlılar için bakım alabilecekleri huzurevi ve bakım yurdu sayısındaki yetersizlikler, hastaneye yatan bakıma muhtaç yaşlı hasta sayısını artırmıştır. Hastanelerin yatakları, uzun süre yaşlılar tarafından işgal edilmeye başlanmıştır. 1995 verilerine göre, hastanede kalış gün sayısı 33.7 gün ile diğer gelişmiş ülkeler ortalamasının çok üstündeydi. Batı ülkelerinde hastanede ortalama olarak yatma süresi, 8-10 gün arasındadır (Ihara Kazuhito; 2000). Diğer taraftan hastaneler, yaşlı hastalara sağlık hizmeti vermek yerine daha çok "sosyal hospitilizasyon", yani huzurevi veya bakım yurdunda verilen sosyal bakım hizmetleri sunmaya yönelmiş ve bu da sağlık harcamalarını oldukça artırmıştır.

1963 den 1993'e kadar hastaneye yatan yaşlılar, hastane yataklarının hemen hemen yarısını işgal etmekteydi. Diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin Milli Gelir içindeki payı, makûl bir düzeyde olduğu açıklanıyorsa da, bu oran 1990'da % 6'dan 2000'de % 7.5'e yükselmiştir. Bugün devletin toplam bütçesi içindeki sosyal sigorta harcamaları, ikinci büyük kalemi oluşturmaktadır (Commonwelath of Australia; 2003; 123-137).

Yaşlılara yönelik bakım maliyetlerinin 1970'lerin sonlarına doğru artmaya başlamasıyla birlikte Japon ekonomisini ve özellikle Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi'ni tehdit etmeye başlamıştır. Bu yüzden Japon hükümeti, artan bakım maliyetlerini frenlemek ve kontrol altında tutabilmek için, başka çözüm yolları aramaya gitmiştir (Crumo; 1997; Nr. 5).

Bu arayış çerçevesinde kamu emeklilik sistemi 1985'de yaşlı nüfusun gereksinimini karşılamak için, yeniden yapılandırılmış ve emeklilik hakları makûl hâle getirilmiştir.

1988'den önce bakım hizmetleri, "Yaşlılar İçin Özel Bakım Evleri" (Special Nursing Home For Aged) olarak bilinen sosyal hizmet kurumlarınca ve özel geriatrik hastaneleri-klinikler tarafından sağlanmaktaydı. Bu bakımlar, gelir düzeyi düşük ve(ya) ailesi olmayan yaşlılara verilecek şekilde sınırlıydı. "Yaşlılar için Sağlık Hizmeti İmkânları", artan bakım ihtiyacını karşılamak amacıyla, sağlık (hastalık) sigortası tarafından finanse edilmiştir. Bu imkânlar, hastaneye yatırılmaksızın kronik hastalıklı, yoğun bakım ve rehabilitasyon alması gereken yaşlılara evlerinde sunulmaktaydı. 1989 yılında uygulanmaya konulan "Altın Plân" ve 1994'de revize edilen aynı plân (bkz. Tablo 1), sağlık harcamalarının azaltılması sonucunu vermemiştir (Ihara; 2000).

Bakım sigortası öncesinde Japonya'da sosyal sigortalar sistemi içinde, bakıma muhtaçlar için özel bir uygulama yoktu. Yaşlının bakımı, aile üyelerince evde yapılmakta, daha yaşlı veya kronik hasta olanlar ise, sıklıkla uzun süreli bakım hizmetleri veren hastanelerde bakılmaktaydı. Eğer aileden bakım verecek hiç kimse yoksa, kişisel bakım hizmetleri (yeme içme, temizlik, alışveriş, banyo vb) dışarıdan hizmet satın alma şeklinde olmakta ve harcamalar, genelde kişinin kendisi tarafından karşılanmaktaydı (Commonwealth of Australia; 2003; 123-137).

Eski sistemde, sosyal sigorta kapsamında olan bakıma muhtaçlara yönelik bakım hizmetleri, sağlık sigortası primlerinden finanse edilmekteydi. Sosyal sigorta kapsamında olmayan bakıma muhtaç yaşlıların sosyal güvenliği ise

vergilerden finanse edilen kamusal sosyal yardım ve hizmet programları ile sağlanmaktaydı (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1: Japonya'nın Sağlık ve Bakım Sisteminin Tarihi Gelişimi

1922	Sağlık Sigortası Kanunu	Çalışanlar, hastalıklara karşı sigorta kapsamına alınır.
1938	Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu	Mesleki kategoriye dayanan gönüllü kamu sigortası plânlar oluşturulur. (çiftçilik, ormancılık, balıkçılık ve kendi adına çalışanlar için).
1961	Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu	Tüm vatandaşlar sigortadan yararlanma kapsamına alınır.
1963	Yaşlılara Refah Yardım Kanunu (Welfare of the Aged Law)	Japonya; bu kanun ile, yaşlılara ilişkin çağdaş politikasını yürürlüğe koymuştur. Kanun, gelir düzeyi düşük ve ona bakabilecek kimsesi olmayan yaşlılara kişisel bakımı (ev yardımı, temizlik, alışveriş vb) ve geçici bakımı öngörmektedir. Bu yasa vergilerle finanse edilmekteydi.
1973	70 yaş üstündekilerin ücretsiz tıbbî yardımdan yararlanmaları.	Kamusal sosyal yardım kapsamında yararlananlardan belirli bir katkı payı alınmamaktadır.
1983	Yaşlılar için Sağlık Hizmetleri Kanunu.	Yaşlılar için yapılan tıbbî harcamaların artması, sigorta plânları ve finansman arasında dengesizliğe neden olmuştur. Bu kanun, uygulamalarında 70 yaş üstündekilere sağlık ve tıbbî bakımın kapsamlı şekilde verilmesini sağlamış ve yaşlının tıbbî bakımı ile sigorta plânları arasındaki harcamaları dengelemiştir.
1989	The Gold Plan (Altın Plân) uygulamaya konulmuştur.	Yaşlının sağlık ve refahını yükseltmek için, 10 yıllık plân oluşturulmuş, devlet, kurumsal bakım yerine evde bakıma doğru değişimin üzerinde durmuştur.
1990	Sosyal Hizmetler Kanunu yeniden gözden geçirilmiştir.	Hizmetin verimli sunumunu sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır.
1991	Yaşlılar için Sağlık Hizmetleri Kanununda değişiklik yapılmıştır.	Yaşlılara dönük ev ziyaretleri içinde profesyonel hemşirelerin yer alması kapsama alınmıştır.
1994	Yeni Altın Plân yürürlüğe girmiştir (revize edilerek).	Japonya'da "bakıma muhtaçların bakımı" kavramının geliştiği dönem.
1997	Uzun dönemli bakım sigorta yasa tasarısı çıkarıldı (Long term care insurance scheme). Bu yasa, Nisan 2000'de yürürlüğe girmiştir.	Yeni bakım sistemi, prim ve genel vergilerle finanse edilmektedir.
1999	Çocuk ve aile üyelerinin bakımı ile ilgilenen çalışanların refahı ile ilgili yasa (bakım izni kanunu).	Çalışanlar, işini kaybetme korkusu olmaksızın yakınlarının bakımı için, 3 ay izin alabilmektedir.

Kaynak: Brodsky Jenny; Habib Jack ve Mizrahi Ilana; Long-Term Care Laws in Five Developed Countries A Review, World Health Organization; 2000; s. 83.

2.2. Japon Bakım Sigortasının Özellikleri

Japonya, bakım hizmetlerini sosyo-ekonomik kriterler çerçevesinde daha rasyonel bir biçimde belirleme ve sosyal güvenlik boyutuyla yeniden yapılandırma çabalarında şüphesiz ki Alman bakım sigortası tecrübelerinden yararlanmıştır. Japonya, nüfusunun demografik özelliklerinin yanında sosyo-ekonomik göstergelerin de Almanya'dakine benzemesi sebebiyle Alman bakım güvencesi modelini tercih etmiştir. Bakım politikaları için yeni bir çıkış olarak kabul edilen Japon bakım sigortası sisteminin temel esasları şunlardır (Fukawa; 2002; 24-28):

- 1.) *Bakım hizmetlerinin, diğer sağlık hizmetleri programlarından tümüyle ayrılması:* Ayrımın uygulamaya konulabilmesi için, sosyal sigortalar sisteminde bakım sigortasının ihdası gerekli görülmüştür. Ayrımın yapılması ile, yaşlı ve genç nüfus arasındaki eşit olmayan sağlık masraflarının, hem kendi içindeki dağılımının daha âdil hâle getirilmesi, hem de sınırlandırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, bakım sigortası uygulamaları ile hastanelerin yaşlılara “sosyal hospitilizasyon” yerine daha çok tıbbî bakım hizmetleri sunması düşünülmüştür.
- 2.) *Bakım hizmetlerinin artan finansman ihtiyacının, oluşturulacak yeni malî kaynaklarla karşılanması.*
- 3.) *Bakım hizmetlerinin yönetim sorumluluğunun yerel yönetimlere bırakılması.*

Japonya'da bakım güvencesi ile ilgili bütün uygulamalar, bundan böyle bakım sigortası kapsamı içerisinde değerlendirilmesi gerekmektedir. 1997'de meclisten geçen, Nisan 2000'de uygulanmaya konulan bakım sigortasının somut özellikleri aşağıda maddeler hâlinde sunulmuştur (Fukawa; 2002; 28-32):

2.2.1. Bakıma Muhtaçlığı Tespit Etmekle Yetkili Birim veya Kişi

Bakıma muhtaçlık tespiti ve değerlendirmesi, bakım yönetici (care manager)'ler tarafından yapılmaktadır. Bakım yöneticisi, aynı zamanda bakım hizmetleri sunan herhangi bir kuruluşun çalışanlarından biri olabilmektedir. Bakım yöneticisinin herhangi bir kişinin bakıma muhtaç olup olmadığını tespit edebilmesi, tartışmalara yol açmaktadır.

Bakıma muhtaçlığın tanımlanmasında ve kişinin bakım hizmetlerine ihtiyaç duyduğunu gösteren raporların düzenlenmesinde bakım yöneticisine bu kadar geniş bir yetki verilmesi, uygunluk, objektiflik ve gereklilik gibi ölçütlerin dışında rekabetçi bir ortamda menfaat çatışmalarına yol açabilecek niteliktedir. Onaylayan kuruluş olarak; uygunluğun tanımlanmasında çıkar çatışması olabileceği ve uygunluk sürecinin belirlenmesinde bir ön yargı oluşabileceği konuları ileri sürüldüğü için, uygunlukla ilgili son karar, bir uzman heyet tarafından verilmektedir.

Bakım yöneticisi olabilmek için; 5 yıllık deneyimli uzman (hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist) olmak gerekmektedir. En az 10 yıl deneyimi olan amatör bakıcılar ise, profesyonel anlamda bakım yöneticisi olabilmek için, yeterlilik sınavına tâbi tutulmaktadır. Amatör bakıcılar, sertifika alabilmeleri için, 32 saat yoğun bakım uygulama eğitimlerinden başarılı olarak geçmeleri gerekmektedir (Brodsky; 2000; 79).

Bakımın plânlanması, hizmetin koordineli olarak sağlanması ve hizmetlerin denetlenmesi sorumluluğu, hastanın önereceği kişiye (ailesi, kendisi veya care manager) ait olmaktadır.

Yasa, sigortalını bakım gerekliliğinin koordinasyonunu sağlamak için, bakım yöneticisi uygulamasını teşvik ettiği için, uygulamada bu kişi, genelde “care manager” olmaktadır. Bakım sigortası, bakım yöneticilere her ay, her sigortalı başına, bakım yönetimi (care management) ücreti olarak 50-65 \$ ödemektedir (Shinoda; 2002).

2.2.2. Bakıma Muhtaçlık Kriterleri ve Tespiti

Bakıma muhtaçlık tespiti, kişilerin fonksiyonları ve bilişsel (anlama-kavrama) yeteneğinin değerlendirilmesi yoluyla yapılmaktadır. Ancak, Japon bakım sigortası, 40 yaş ve üstündekileri kapsamaktadır. 40-64 yaş arasındakiler ise, bu kanundan yararlanabilmeleri için, mutlaka yaşa veya yaşlılığa bağlı bir hastalığa yakalanması gerekmektedir. Örn: Demans, Kardiyo Vasküler, Parkinson, Romatoid Artrit, Damar Sertliği, Beyin Omurilik Dejenerasyonu vb). 65 yaş üstündekilerde aranan bakıma muhtaçlık şartları ise yine bu doğrultudadır.

Bakıma muhtaçlık kapsamına genelde en az 6 ay bakıma gereksinimi olanlar kabul edilmektedir. Bakım hizmetleri verilmeye başladığında hizmeti alan bakıma muhtaçlar, her 3-6 ayda yeniden değerlendirilmeye tâbi

tutulmaktadır. Eşit ve adâletli bir değerlendirmeyi sağlamak için, bir ulusal uygunluk standardı geliştirilmiştir. Değerlendirmede, ADLS (günlük yaşam aktiviteleri) yanında anlama, hissetme (görsel ve dokunsal) ve fonksiyonel yeteneklerin belirlendiği performans kriterlerinden oluşan 85 maddelik formlar kullanılmaktadır. Uygun olduğu belirlendikten sonra kişilerin 6 bakıma muhtaçlık düzeyinden birinde ne tür hizmetler ve haklardan yararlanabileceği tanımlanmaktadır.

2.2.3. Bakım Modelinin Finansmanı

Finansman sistemi, prim ödeme esasına dayanmaktadır. 40 yaş ve üstünde olan her çalışan, bakım sigortası primi ödemek zorundadır. Ücretli çalışanlar, işverenle birlikte ve kendi hesabına çalışanlar da kendi adına sigortası primi ödemek mecburiyetindedir. Emeklilerde de ise, emekli maaşlarından belirli bir oranda kesinti yapılmaktadır. Prim miktarları, yaşa (40-65 grubu veya 65 üstü yaş grubu) ve gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir.

40-64 yaş arasında ödenecek prim miktarı, aylık maaşın % 0.9'dur. Bu oran, işçi ve işveren tarafından ortaklaşa eşit miktarlarda paylaşarak ödenmektedir. 65 yaş ve üzerinde olanların emekli maaşlarından da değişik oranlarda kesinti yapılmaktadır, ki bu da yaklaşık olarak ayda 26 dolara tekabül etmektedir. Kesilen sigorta primleri, "Sosyal Sigorta Tıbbi Ücret Ödeme Fonu" (the social insurance medical free payment fund) ismi altında ulusal bir havuzda biriktirilmekte ve belediyelere aktarılmaktadır. Buradaki temel amaç, belediyeler arasındaki malî güç dengesizliklerini ortadan kaldırmak ve âdil bir şekilde kaynakları dağıtmaktır.

Prim ve kesintilerden elde edilen bu kaynaklar, esasen toplam bakım giderlerinin ancak yarısını oluşturmaktadır. Diğer yarısı ise, hükümet ve belediyelerin katkılarıyla karışık bir paylaşım sistemi çerçevesinde tamamlanmaktadır.

Daha somut bir ifadeyle, ulusal hükümet, belediye ve diğer mahallî idarelerin fona katkıları, 2:1:1 oranı şeklinde gerçekleşmektedir, şöyle ki, finansmanın % 25'i ulusal hükümet, % 12.5'i yerel yönetimler (belediyeler) ve % 12.5'i de diğer bölge yönetimleri tarafından karşılanmaktadır (Introduction of a Long-Term Care Insurance System; 2004).

Özetle ifade edilmesi gerekirse, bakım hizmetlerinin finansmanı, primler, devlet-belediye katkıları ve hizmetin alınması hâlinde % 10'luk bir katkı payı (co-payment) ile karşılanmaktadır. Japonya'da kamusal bakım hizmetlerinin yaklaşık olarak % 55'i primlerle ve % 45'i de, kamu fonlarıyla finanse edilmektedir (Brodsky; 2000; 80-81).

2.2.4. Bakım Güvence Modelinin Yapısı

Bakım güvencesi, sadece bakım hizmetlerinden ibarettir. Bir başka ifadeyle, bakım hizmetlerinden yararlananlara ayrıca nakit para ödemesi yapılmamaktadır. Ancak, bakım kalitesini yükseltmek amacıyla ileride nakdî yardımın da yapılması düşünülmektedir. Japon bakım sigortası çerçevesinde oluşturulan bakım güvencesi sistemi, hem eve yönelik, hem de kurumsal bakım hizmetlerini kapsamaktadır.

Bir başka ifadeyle, bu kanun kapsamında bakıma muhtaçlara yönelik çeşitli hizmetler, ya yaşadığı yerde ya da kurumda sunulmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin kapsamına, hemşirelik ziyaretleri, kişisel bakım ve evin yönetimine ilişkin hizmetler, evde rehabilitasyon hizmetleri, gündüz bakım merkezlerinde bakım; tıbbî hizmetler yönetimi, geriatri hastaneleri veya genel hastanenin geriatri kliniğinde geçici bakım, demanslı hastalara ev hizmetleri, bakımı destekleyen araç ve cihazlar gibi hizmetler ve yardımlar girmektedir. Evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için, genelde bakıma muhtaç kişilerin cüzî bir katkı payı ödemesi gerekmektedir.

Kurumsal bakım hizmetleri, huzurevleri, bakım yurtları ve geriatrik bakım hastanelerinde verilmektedir. Kurumsal bakım hizmetlerinden yararlanan bakıma muhtaçlar, genelde bakım giderlerinin %10'unu karşılamak zorundadırlar.

Bakım sigortasının uygulanmasıyla birlikte 1.9 milyon hak sahibinin % 32'si kurumsal bakım, % 68'i ise yaşadığı yerde bakım hizmeti almaktadır (Shinoda; 2002).

2.2.5. Bakım Hizmetlerinin İçeriği

Evde bakım için yapılan masrafların büyük bir ekseriyeti sigorta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım için öngörülen aylık azamî parasal sınırlar, bakıma muhtaçlık düzeyine göre değişmektedir. Örneğin en alt bakıma muhtaçlık düzeyi için ayda 560 USD ve bakıma muhtaçlık derecesinin en yüksek 6. düzeyinde ise 3.263 USD öngörülmektedir.

Her ay yaklaşık 560 dolara karşılık gelen birinci basamaktaki bakım hizmetleri kapsamına giren azamî yardımlar şunlardır:

- her hafta 2 kez ev temizliği, ev işleri.
- haftada 1 kez hemşire ziyareti.
- haftada 2 kez gündüz bakım.
- her yıl 2 kez, 1 hafta geçici bakım.

Her ay yaklaşık 3.236 dolara karşılık gelen altıncı basamaktaki bakım hizmetleri kapsamına giren azamî yardımlar ise şunlardır:

- haftada 7 kez kişisel bakım, ev hizmetleri.
- haftada 2 kez hemşire ziyareti.
- haftada 3 kez gündüz bakım hizmeti.
- her ayda 1 hafta geçici bakım.

Bu alanlarda hizmeti alanlar, evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri arasında uygulanmakta olan çeşitli düzenlemeleri serbestçe tercih edebilmektedir.

Kanun plânlanma aşamasındayken en çok tartışılan konulardan biri, aile bakıcılarına nakit para verilip verilmeyeceği olmuştur. Halkın talebine rağmen, nakit para uygulaması yerine bakım hizmetlerinin ücretsiz veya kısmî paylaşımlı olarak sunulması modeli kabul edilmemiştir.

2.2.6. Bakım Hizmetlerini Uygulamaya Yetkili Birimler

Japon bakım sigortası programı, yerel yönetimler (3.200 belediye) tarafından yürütülmektedir. Hizmet sunumu ve kalite güvenliği açısından belediyeler, hem kâr maksatlı, hem de kâr gütmeyen sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapmaktadır. Belediyeler, sivil ve özel bakım hizmetlerini etkili bir şekilde desteklemekte ve finanse etmektedir. Gerçi serbest rekabet ortamı mevcuttur. Ne var ki, dile getirilen en büyük endişe, bakım hizmetlerinin gerçekten kaliteli olup olmadığı yönünde yoğunlaşmaktadır. Bundan dolayı Japonya'da, kaliteli bakım hizmetlerinin sağlanmasını denetleyecek ve izleyecek konumunda olan bakım yöneticilerinin sürekli eğitimi ve standart bakım modellerinin oluşturulması yönünde görüşler gittikçe artmaktadır.

3. Nihâî Değerlendirme Ekseninde Alman ve Japon Bakım Sigortası Modellerinin Karşılaştırılması

Japonya, her ne kadar Alman bakım güvence sisteminden etkilenecek, bakım sigortası modelini esas aldı ise de, uygulamalar açısından belirli farklılıklar arz etmektedir. Aşağıda kıyaslanmaya müsait olan farklılıklar, değişik kriterler açısından ele alınarak, değerlendirmeye tâbi tutulacaktır (Bkz. Tablo 2):

3.1. Yararlanan Kesim Açısından Bir Mukayese

Alman Bakım Sigortası, bakım hizmetlerini, yaşa ve bakıma muhtaçlığı oluşturan faktörlere (yaşlılık, sakatlık, hastalık) bakmaksızın, bakıma muhtaç olan bütün aile bireylerine uygulamaktadır. Japon uygulaması ise, bakım hizmetlerini daha çok yaşa dayalı olarak düzenlemekte ve önceliği 65 yaş ve üstündekilere vermektedir. Dolayısıyla Japon bakım sigortasının kapsamı, çok dar bir çerçeveye oturtulmakla beraber 40 yaşın altındaki diğer bakıma muhtaç grupları göz ardı etmekte ve bakım güvencesi kapsamı dışında tutmaktadır.

Alman bakım sigortasının, bir aile sigortası olması hasebiyle, bütün aile fertleri bakıma muhtaçlık riskine karşı koruma altındadır. Japon sisteminde ise aile fertleri bakım sigorta sistemi içinde yer almamaktadır. Ancak, bakıma muhtaç hâle gelen aile fertleri, bakım sigortası yerine ulusal sağlık sigortası kapsamında sunulan bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler (Commonwealth of Australia; 2003; 123-137).

3.2. Finansman Açısından Bir Mukayese

Japon bakım sigortası, finansman açısından, Alman bakım sigortası ve diğer ülkelerde uygulanan modellerin karışımından oluşturulduğu görülmektedir. Yarıyı genel vergi, yarıyı da çalışanlardan zorunlu olarak kesilen primlerle finanse edilen Japon bakım sigortası, aslında sosyal sigorta sistemi olarak tam bir sigorta temeline dayanmamaktadır (Commonwealth of Australia; 2003; 123-137).

Alman bakım sigortası uygulamasında yaşa bakılmaksızın bütün sosyal sigortalı olarak çalışanların brüt ücretlerinden belirli oranda bakım sigortası primi kesilirken, Japon modelinde sadece 40'ın üzerindeki ücretlilerden prim kesilmektedir. Prim ödeme kapsamına her iki ülkenin işverenleri de eşit bir oranda dâhil edilmektedir. Almanya'da kesilen toplam prim oranı (% 1.7), hem

Japonya'da kesilen prim oranından (% 0.9) daha yüksek olmasından, hem de bütün sosyal sigortalı çalışanları kapsadığından dolayı, bakım güvence sisteminin finansmanı için yeterli gelmektedir. Japonya ise, bakım güvencesi kapsamını, gerek potansiyel bakıma muhtaç kişiler, gerekse kapsamına girebilen belirli kesimi maddî destekten mahrum etmesi açısından çok dar tutmasına rağmen, belirtilen sebeplerden dolayı prim sisteminden yeterince yararlanmamaktadır. Belki de bu yöntemle özellikle genç işgücü maliyetlerini bilinçli olarak düşük tutmak istemektedir. Ancak, bakım hizmetlerinde ortaya çıkan finansman açığı da, genel ve yerel vergilerden elde edilen gelirlerin bir kısmından karşılanmaktadır. Bir başka ifadeyle, merkezî ve yerel iktidarlar, bakım sistemine önemli derecede malî katkılarda bulunmaktadır.

3.3. Evde Bakım Hizmetleri Açısından Bir Mukayese

Almanya'da evde bakım hizmetleri programları çerçevesinde, bakıma muhtaç kişilere çok yönlü olarak hem dış destekli aktif sosyal bakım hizmetleri sunulmakta, hem de bakıma muhtaçlık derecelerine ve haricî bakım hizmetlerinden yararlanıp yararlanmamalarına göre değişik miktarlarda düzenli olarak nakit ödeme (bakım parası) yapılmaktadır. Japonya ise, bakım güvencesi kapsamını çok dar tutarak, bakıma muhtaçlara sadece profesyonel bakım hizmetleri hakkı vermektedir. Üstelik Japonya'da evde bakım hizmetleri de ücretsiz değildir. Tıbbî bakım hariç, genel bakım giderlerinin %10'u, hizmeti kullananlar tarafından karşılanmaktadır.

3.4. Kurumsal Bakım Hizmetleri Açısından Bir Mukayese

Kalıcı ve tam gün kurumsal bakım hizmetlerinde her iki ülkede de belirli oranlarda masraf paylaşımı söz konusudur. Japonya'da (Almanya'da) sürekli ve tam gün kurum bakım hizmetleri için, bakıma muhtaç kişiden masraf paylaşımı olarak %10 (% 25) talep edilmektedir (Gibson; 2003; 15-16). Ancak, Almanya'da geçici tam gün ve kısmî (yarım gün) kurumsal bakım hizmetlerinden ücret talep edilmediği gibi, bakıma muhtaç kişiye bakıma muhtaçlık derecesine göre maddî destekte bulunmaktadır.

3.5. Bakım Hizmetlerini Uygulayanlar Açısından Bir Mukayese

Her iki ülkede de devletin yanında özel sektör ve sivil toplum örgütleri aracılığı ile evde bakım hizmetleri uygulanmaktadır. Japonya ve Almanya'da

özel sektör hizmet kuruluşları ile sivil toplum örgütleri, bakım sigorta programı kapsamında evde bakım hizmetlerini başarıyla uygulamaktadır. Ancak; Almanya, gerek sosyal bakım teorilerinin kurumsal eğitimi, gerek standart bakım modellerini uygulama, gerekse bakım kalitesini denetleme açısından oturmuş bir sisteme, organizasyona, sayıca yeterli uzman bakıcıya ve bu alanda zengin bir birikime sahip olduğu için, bakım güvence modelini, hem daha kapsamlı, hem de daha etkin hayata geçirebilmektedir.

3.6. Bakıcı Aile Fertleri Açısından Bir Mukayese

Alman bakım sigortasında, gerek bakıma muhtaçların, gerekse bakıcı aile fertlerinin kişisel ihtiyaçlarını dikkate alan ev tamiratları ve bakım izni gibi bir çok esnek uygulama mevcuttur. Özellikle bakıcı aile fertlerinin sosyal güvenliğini temin eden ve onların evde bakım yükünü hafifleten uygulamalar, bakım sigortasının çok boyutlu olarak düzenlendiğini ve bakıma muhtaç kişinin dışında bakıcı aile fertlerini de kapsam altına aldığını göstermektedir. Halbuki Japon bakım sigortası, buna benzer uygulamaları hizmet programlarına almadığı gözlemlenmektedir. Japonya'da sadece çalışan aile fertleri, yakınlarının bakımı için, yılda azamî olarak 3 ay izin alabilmektedir.

3.7. Bakıma Muhtaçlığın Tespiti Açısından Bir Değerlendirme

Japonya'da bakıma muhtaçlık tespit işlemleri, özel bakım yöneticisi tarafından yapılmaktadır. Tıp kurulu ise, genelde bakım yöneticisinin raporunu sadece onaylamaktadır. Almanya'da ise bu işlem, bölge bakım sandıklarına bağlı bir tıp heyeti tarafından bizzat yürütülmektedir. Tıp heyeti içinde değişik sosyal branşlardan gelen elemanlar da bulunmaktadır. Japonya'da bakma muhtaçlık tespiti, kişinin bakım hizmetlerine ihtiyaç duyup duymaması açısından önem arz etmekte iken, Alman bakım sigortası için kişinin sadece bakıma muhtaç olup olması değil aynı zamanda bakıma muhtaçlık derecesi de bir o kadar önem taşımaktadır. Çünkü, Almanya'da bakıma muhtaç kişiye sadece bakım hizmeti değil, bağımlılık derecesine göre farklı miktarlarda bakım parası adı altında maddî destek de sağlanmaktadır. Bu yüzden bakıma muhtaçlık tespit ve derecelendirme işlemleri, bir taraftan kişinin hak ettiği bakım ödeneklerini alabilmesi, diğer taraftan da kamusal bakım giderlerinin ekonomik ve rasyonel kriterler açısından finanse edilebilmesi açısından son derece hassas bir konudur. Japonya'da bakıma muhtaçlara herhangi bir ödenek tahsis edilmediği için, bakım giderleri genelde sadece bakım hizmetlerinden oluşmaktadır. Onun içindir ki, bakıma muhtaçlık kriterleri daha esnek olarak

belirlenmiştir. Buna rağmen Japonya'nın bakım hizmetleri için yılda yapmakta olduğu giderleri, Almanya'nın toplam bakım giderlerinin iki katının üzerindedir. Bu da Japonya'da bakıma muhtaçların sayısının hayli yüksek ve bakım hizmet maliyetlerinin nispeten yüksek olduğunun bir işaretidir.

Tablo 2: Değişik Kriterler Açısından Mukayeseli Olarak Alman ve Japon Bakım Sigortası

	ALMANYA	JAPONYA
Kanun Adı	Pflegeversicherung (Bakım Sigortası)	Kaigo Hoken (Yaşlı Bakım Sigortası)
Yürürlüğe Giriş Tarihi	1 Nisan 1995 (kapsam alanı olarak evde bakım hizmetleri). 1 Temmuz 1996 (kapsam alanı olarak ayrıca kurumsal bakım).	1 Nisan 2000
Yetkili Kurum-Fon	Merkezi anlamda hastalık-bakım sigortasına bağlı fon. Yerel anlamda bölge bakım sandıkları.	Yerel yönetim veya belediyeler.
Kapsamı	Sosyal sigortalı olan ve sayılan bütün bakıma muhtaçlar.	40'ın üzerinde olan bakıma muhtaç yaşlılar.
Gelir Durumu	Dikkate alınmaz.	Dikkate alınmaz.
Bakıma Muhtaçlık Düzeyi	3 Düzeyli: Her gün 1-1.5 saat bakım gereksinimi olmalı.	6 Düzeyli: Her gün 25 dakika ile 110 dakika bakım gereksinimi olmalı.
Bakıma Muhtaçlık Tespitinden Sorumlu Birim	Bölge bakım sandığı ve ona bağlı tıp heyeti	Belediye
Bakıma Muhtaçlığı Tespit Eden Ekip veya Kişi	Tıp heyeti (Değişik uzmanlık alanlarından gelen hekim-ler, uzman bakıcı, sosyal hizmet uzmanı)	Değişik uzmanlık alanlarından gelen bakım yöneticisi.
Bakım Güvencesi Kapsamı	Bakım Hizmeti; Araç-cihaz yardımı, Tamir ve tadilat yardımı; Bakım parası; Bakıcı aile fertlerine kısmi sosyal güvenlik ve tatil hakkı..	Bakım hizmeti; Araç-cihaz yardımı.
Bakım Hizmetleri Türleri	Kalıcı veya geçici tam kurumsal bakım; Kalıcı veya geçici kısmi (gündüz) kurumsal Bakım; Evde bakım çerçevesinde harici bakım desteği (hemşire ziyareti, tıbbi gözlem)..	Kurumsal bakım (gündüz ve(ya) geçici); Evde bakım çerçevesinde hemşire ziyareti, tıbbi gözlem.
Bakım Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlar	Devlet, Sivil toplum kuruluşları; Kâr amaçlı kuruluşlar.	Devlet; Sivil toplum kuruluşları; Kâr amaçlı kuruluşlar.
Finansman Kaynağı	Prim. Sadece kurumsal bakımda bakıma muhtacın katkısı.	Prim ve genel vergiler. Tüm hizmetler için ortak ödeme.
Prim Oranı	Brüt ücretin %1.7'si (işçi ve işverenden eşit olarak alınmakta.) Emekliler için emekli fonlarıyla.	40-64 yaş grubu için: % 0.9 (bu oran işçi ve işveren arasında eşit olarak paylaşılır). 65+ grubu: emeklilik gelirinden kesinti yapılır.
Bakım Giderlerinin Milli Gelir İçindeki Oranı	% 0.9	% 0.9
Tahmini Yıllık Gider	15.5 milyar \$	39 milyar \$

Kaynak: Brodsky Jenny; Habib Jack; Mizrahi Ilana; Long-Term Care Laws in Five Developed Countries A Review, World Health Organization, 2000; ss. 8-14.

KAYNAKLAR

- Aok-Baden Württemberg; Ratgeber; Vollstationäre Pflege; 1996.
- Berg Marc; Grinten Tom Van Der; "Priority Setting in Dutch Health Care" *University Press Draft* June-2001.
- Brodsky Jenny; Habib Jack; Mizrahi Ilana; Long-Term Care Laws in Five Developed Countries A Review, World Health Organization, 2000.
- Campbell Creighton John; Initiating Public Long-Term Care Insurance in Japan; *The Journal of The International Institute*; Volume 5, Number 1; 1997.
- Commonwealth of Australia; Review of Pricing Arrangements in Residential Aged Care; Long Term Aged Care; International Perspectives; Background Paper No. 3; 2003.
- Crume, Yoko; "Publicly-Mandated Long Term Care Insurance Programs: Japan Chooses a Modified German Model", Duke Long Term Care Resources Program, *Occasional LTC Policy Paper Series, Paper*, No. 5, August 1997, Erişim; 11.08.2003, <http://www.geri.duke.edu/ltc/japanins.html>.
- Dilik, Sait; "Sosyal Güvenlikte Yeni Bir Sosyal Sigorta Kolu: Bakım Sigortası"; *Kamu-İş Dergisi*; Cilt: 4; Sayı: 3; Ocak 1998.
- Ex Carine; Gorter Klaas; Janssen Uschi; "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in The Netherlands" *The Verwey-Jonker Institute Research into Social Issues*, March, 2003.
- Fukawa Tetsua; Effects of Population Ageing on Public Health and Long Term care Insurances in Japan and Germany, *Journal of Population and Social Security: Social Security Study*; Vol. 1, No: 2; 2002.
- Gibson Jo Marry; Gregory R.Steven; Pandya M.Sheel; "Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview", *AARP Policy Institute*, October 2003.
- Ihara Kazuhito; "Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and The Long-Term Care Insurance Program", 2000, International Longevity Center, USA, Erişim 01.02. 2004; <http://www.ilcusa.org>.
- Ibe Hideo; "Ageing in Japan", ve Ihara Kazuhito; "Japan's Policies on Long-Term Care for the Aged: The Gold Plan and The Long-Term Care Insurance Program", International Longevity Center, USA; 2000; Erişim 01.02. 2004; <http://www.ilcusa.org>.
- Jung, Karl; *Die neue Pflegeversicherung*; Bonn; 1995.
- Masuda Masanobu; Kojima Katsuhisa; "Japanese Social Security for the Elderly from a Viewpoint of Life Cycles", *Review of Population and Social Policy*, 2001, No. 10.
- Miyatake, Ministry of Health, Labor, and Welfare, 1999.
- Seyyar, Ali; "Sosyal Sigortalar Sisteminde Bakım Sigortası"; *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*; Yıl: 1; Sayı: 2; Ekim-Kasım-Aralık 1998.
- Seyyar, Ali; *Bakıma Muhtaçların Sosyal Güvenliği*; Sakarya Üniversitesi Basımevi; Adapazarı; 1999.

Seyyar, Ali; Sosyal Siyaset Terimleri (Ansiklopedik Sözlük); Beta Yay.; İstanbul; 2002.

Shinoda-Tawaga Tomoko, Koike Soichi; "Long Term-Care: Lessons from the United Kingdom, Germany and Japan"; *Harvard Health Policy Review*, Volume 3, Number 1; 2002.

Sozialgesetzbuch (SGB-Pflegeversicherung: Sosyal Kanunlar Kitabı-Bakım Sigortası).

The Public Insurance Scheme For Long-Term Care (Kaigo Hoken: Japon Bakım Sigortası).