

# “Yaşlanan Türkiye”ye sağlık politikası üretmek

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. İlköğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, ortaöğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalında 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü olarak görev yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın Medipol Üniversitesi Rektörü olarak görev yapmaktadır.

**Y**eni istihdam alanları açma ve okullaşma oranını artırma uğraşı veren genç nüfusa sahip bir ülke olma gerçeğimiz henüz hafızalardan silinmiş değildir. Ekmeğini kazanmak için yerini yurdunu terk edip yurt dışında ağır işlerde çalışmaya giden gurbetçilerimiz hala sosyal bir olgu olarak varlığını sürdürüyor. Ancak bu tablo hızla yaşlanmakta olan bir ülke olmamız gerçeğinden ve bunun ardından gelen yeni sorunlar yumağından kaçmamıza fırsat vermiyor. Artık doğumda beklenen yaşam süresinin 78'e ulaştığı bir ülkede yaşıyoruz. Daha dün yaşlılık ölçütü olarak kabul ettiğimiz 60'lı yıllar bugün ikinci bahar kavramıyla karşılanıyor. Altmış beş yaşında olan birinin kalan ömrünün ortalama 17,8 yıl olduğuna dikkat edilirse ne denli yaşlı bir nüfusla muhatap olduğumuz anlaşılır. Artık bulaşıcı hastalıklar, çocuk ölümleri, bağışıklama sorunları gibi hususlar öncelikli sağlık uğraşı alanları olmaktan çıkıp, yaşlı sorunları, kronik hastalıklarla mücadele, rehabilitasyon gibi problemler öne çıkan sağlık alanları olmaya başlamıştır. Bağımlı yaşlı nüfusa gereken hizmetin üretilmesini sağlayacak üretken genç nüfusun korunması, önemli bir demografik ve sosyoekonomik sorun olarak karşımızda durmaktadır. SD'nin böylesine hayati bir duruma dikkat çekmek üzere sayfalarını yaşlanma konusuna ayırması, sağlık politikası açısından konuya yaklaşımını bir kez daha paylaşmam için bir vesile oldu. Aşağıdaki satırlar, Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi dergisinin 32. sayısında yayımlanmış olan aynı başlıklı makalemmin güncel verilerle gözden geçirilmiş halinden ibarettir.

2000 yılında 64,7 milyon olan Türkiye nüfusu, 2003 yılında 67,2 milyon, 2013 yılında 76,5 milyon ve nihayet 2106 yılında 84,2 olması beklenmektedir. Geçtiğimiz on yılda (2003-2013) nüfusumuz %1,14 oranında artış gösterirken gelecek on yılda %1,10 oranında artış beklenmektedir. TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon olacaktır. Beklendiği gibi doğumda beklenen yaşam süresi de artmakta; artık insanlarımız daha uzun süre yaşamaktadır. Bugün 78 olan doğumda beklenen yaşam süresinin 2023 yılında 80,2'yi bulması beklenmektedir. Beş yaş altı çocuk nüfusumuz 2003 yılında 6,1 milyon iken 2013 yılında 6,15 milyon olarak neredeyse sabit kalmıştır. 2023 yılında ise 5,8 milyona düşmesi beklenmektedir. Genel nüfus değişimi ile birlikte değerlendirildiğinde on yıl önce nüfus %9,13'ünü oluşturan 5 yaş altı çocuk nüfusu, bugün %8,04'e düşmüştür; on yıl sonra ise %6,93'e düşecektir. Yani çocuk nüfusunda belirgin izafi azama beklenmektedir. Diğer taraftan yaşlı nüfusumuz hızlı bir ivme ile artış göstermektedir. 2000 yılında 4,4 milyon olan 65 yaş üstü nüfus, 2003 yılında 4,5 milyon, 2013 yılında da 5,7 milyon, 2016 yılında 6,6 milyon olmuştur. 2023 yılında bu yaşlı nüfusun 8,6 milyon olması beklenmektedir. Genel nüfusa oranladığımızda, on yıl önce nüfusumuzun % 6,68'ini oluşturan yaşlı nüfus, bugün %7,69 olmuştur. On yıl sonra ise %10,24 olacaktır.

TÜİK tarafından yapılan projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusumuz 93,5 milyon, 2075 yılında ise 89,2 milyon

olacağı belirtilmişti. Beş yaş altı çocuk nüfusunun bu dönemlerde sırasıyla 4,7 milyon (%5,01) ve 4,3 milyon (%4,78) olması beklenmektedir. Görüldüğü gibi 2075 yılında nüfusumuzun azalma trendi göstermesiyle birlikte doğal olarak çocuk nüfusu oranı da düşmeye devam etmektedir. 65 yaş üstü yaşlı nüfus sayıları 2050 yılında 19,5 milyon (%20,84), 2075 yılında 24,7 milyon (%27,67) olacaktır. Azalma eğilimi gösteren nüfusla birlikte yaşlanmanın hızla arttığı görülmektedir. 2070'li yıllarda nüfusumuzun bir çeyreğinin yaşlı olacağı anlaşılmaktadır. Yaşlı nüfus oranı, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında, yaşlı nüfusun daha yüksek bir artışa sahip olduğu görülmektedir. 2013 yılında Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı fazla olup %36,2'dir.

Birleşmiş Milletlerin nüfus projeksiyonuna göre, 2000 yılında % 6,9 olan dünya yaşlı nüfus oranının 2050 yılına kadar 15,6'ya çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran %14,3'ten 26,8'e çıkarırken gelişmekte olan ülkelerde %5,1'den %14'e çıkacaktır. 2050 projeksiyonuna göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının %20,84 olacağına dikkat edilirse gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ortasında bir yerde durduğumuz görülecektir. Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısına, yaşlı bağımlılık oranı denmektedir. Türkiye'de 2013 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11 iken bu sayının 2030 yılında 19 olması beklenmektedir. 2050 de ise 32,9'u bulacaktır. Diğer bir ifadeyle her üç çalışana bir yaşlı düşecektir. Yaşlı nüfus olarak tanımladığımız 65 yaş ve üstündeki kişilerdeki önemli derecede

artışın yanı sıra, bu yaşlı nüfusun kendi içindeki demografik değişimi de çok önemlidir. Gerek hayat kısıtlılığı, gerek hastalık yükü bakımından çok daha risk altında bulunan 85 yaş ve üstündeki kişilerin yaşlı nüfus içindeki oranı günümüzde sadece %7,5 iken 2023 yılında bu kesimin oranının %7,9'a, 2050'de %12,3'e ve nihayet 2075'te %18,8'e yükselmesi beklenmektedir.

Yaşlılarda hastalık yükü hem şiddet hem de çeşitlik bakımından farklılık göstermektedir. Yaşlıların başlıca sağlık problemleri arasında, denge problemleri, depresyon, kanser, kalp hastalıkları, diyabet, düşmeye bağlı yaralanmalar, işitme bozukluğu, görme bozukluğu, unutkanlık, ağır seyirli grip, osteoporoz, pnömöni, alzheimer ve parkinson hastalıkları yer almaktadır. Neticede bu hastalıkların hemen hepsi kronik olarak seyretmekte, daha çok tetkik ve tıbbi tedavi gerektirmektedir. Ayrıca yaşlılıkta alınan ilaçlara bağlı olarak uyuma, reaksiyon zamanının kısalması ve diğer yan etkiler olmaktadır. Bu yüzden düşme ve buna bağlı kırıklar çok olmaktadır. Bunların oluşturduğu hareket kısıtlılığı, yeni ortaya çıkan özürülük hali ve özel bakım ihtiyaçları ilave yükleri oluşturmaktadır. Yaşlılarda entelektüel kapasite kaybı ve refleks azalmasının sonucunda hangi günlük işleri yapamayacağını kesin bir sınırı yoktur. Makine kullanma, araç kullanma, ocak yakma ve bunun gibi eylemler bazen yaşlıların sadece kendilerine değil çevrelerine de zarar vermelerine yol açabilmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte hayat ve sağlık ile ilgili bilim alanlarına ilginin artması doğaldır. Bu itibarla insanların sağlığı için mücadele veren sağlık mesleklerinin karakteri, çeşitliliği ve hatta görev tanımları da değişecektir. Tıbbi anlamda yaşlılığı sadece fiziksel veya mental kronik hastalıklar açısından ele almanın yetersiz olduğu aşikârdır; yaşlılık doğal seyirli bir fenomendir. Bu fenomenin iyi anlaşılması, yaşlanmanın sağlıklı geçleştirilmesine yardımcı olacaktır.

Gerontoloji yaşlanma sürecini inceleyen bir bilim dalıdır. Anlaşılan, gelecekte bu bilim dalının daha fazla öne çıkmasını, araştırmaların bu alana daha fazla yoğunlaşmasını beklemeliyiz. Geriatri veya diğer bir deyişle geriatrik tıp ise yaşlı insanların sağlığı ile ilgilenen tıp disiplini. Yaşlı insanlarda hastalıklardan ve engellilikten korunma ve bunların tedavisini amaçlar. Diğer tıp disiplinlerinin yanında geriatriğin gelecekte hasta potansiyeli oldukça yüksek bir alan olarak karşımıza çıkması muhtemeldir. Genel dahiliye, kardiyoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, alzheimer ve parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları

da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır. Bu arada gerontologlar, fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri ve iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslek mensupları olacaktır. Tıbbi araştırmaların ve özellikle büyük bir ekonomik sektör olan ilaç araştırmalarının daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olacağını kestirmek bir kehanet olmasa gerek.

Yaşlı insanlara has ihtiyaçların ve taleplerin karşılanması birçok yönden özellik arz etmektedir. Nasıl ki özellik arz etmesinden dolayı çocuk bakımı geleneksel annelik pratiğinden bir mesleğe, bir disipline dönüşmüşse, yaşlı bakımı (*elderly care, eldercare, aged care*) da, benzer şekilde hızla özel eğitim gerektiren bir meslek halini almış durumdadır. Yaşlı nüfusun oranı arttıkça bu disiplin de gittikçe önem kazanacaktır. Yaşlı bakım hizmeti yürütülürken ihtimal ki bugün Batı'da kullanılan bazı kavramlarla da tanışacağız. Destekli yaşama (*assisted living*), gündüz erişkin bakımı (*adult day care*), kısa dönem bakıcılık (*respite care*), uzun süreli bakım (*long term care*), hemşire bakımevleri (*nursing homes*), terminal hasta bakımı (*hospice care*), evde bakım (*home care*) bunların başlıcalarıdır.

Yaşlılar engelliliği nedeniyle kendi başlarına bütün ihtiyaçlarını görememektedir. Günlük hayatlarında gerek insan kaynağı, gerek teknolojik araçlarla özel olarak desteklenmeleri ve bu yolla hayat kalitelerini korumaları sağlanmaya çalışılır. Bu duruma destekli yaşama denmektedir. Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ve genç aile bireylerinin neredeyse tamamının aktif günlük hayat temposu içinde gününü ev dışında geçirdiği bir hayat tarzına sahip olmamız nedeniyle yaşlılar çoğu kez yalnız kalmaktadır. Yaşlı büyükleriyle aynı evi paylaşan çocuklar bile geceleri refakat etme imkânı bulmaktalar ancak hayatın yoğun temposu içinde gündüz onları yalnızlığa terk etmek zorunda kalmaktadırlar. Çalışan anne babanın çocuğunu gündüz terk ettiği çocuk bakımı hizmetine benzer şekilde yaşlı bireyi gözetmek üzere ortaya çıkan hizmet alanına gündüz erişkin bakımı denmektedir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi örnekler verilebilir.

Bazen hane halkının dinlendirilmesi veya işlerini görmelerini sağlamak amacıyla bir yaşlı veya engellinin kısa süreli ve geçici olarak bakımının üstlenilmesi bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen bu durum tatil, iş seyahati veya



aynı evi paylaşmama gibi nedenlerle geceleri de kapsayacak şekilde ve uzun süreli olabilmektedir. Bu durumda uzun süreli bakımdan söz edilmektedir. Bir anlamda geçici ve kalıcı huzur evini örnek gösterebiliriz.

Çağdaş toplum yapısı ve değişen ihtiyaçlar bakımından bakım ihtiyacı artmış olan yaşlıları bekleyen önemli bir husus, hayatın son döneminde geçirdikleri günlerdir. Daha uzun süre yaşayan ve gittikçe sayısı artan bir nüfusun duçar olduğu kronik hastalıklar, çoğu kez ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Tedavinin sadece palyatif uygulamalarla sınırlı kaldığı ve hayatının son dönemini yaşadığı bilinen hasta sayısı gittikçe artmaktadır. Bu hastaların son günlerini sağlık kuruluşlarında geçirmesi ciddi bir yük oluşturmakta ve tedavi edilebilir hastaların imkânlarının zayıp edilmesine yol açmaktadır. Sağlık kuruluşlarında palyatif tedavisi verilip evine gönderilmek istenen bu hastaların zaten evde bakım imkânlarının kısıtlı olduğu aile yapıları içinde yeterince hizmet alabilmesi söz konusu değildir. Bu tür hastaların bakımını üstlenmek üzere oluşturulmuş özel bakım merkezlerinde verilen hizmete terminal

hasta bakımı denmektedir.

Yaşlı olsun diğer kronik hastalar olsun aslında en uygun bakım ortamı günlük hayatını geçirdiği ev ortamıdır. Bu hem ekonomik hem de hasta konforu bakımından daha uygundur. Ancak hayat konforunun ve sağlıklı yaşamın gerektirdiği ihtiyaçların evde görülebildiği bir hizmet modeli olan evde bakım, özel şekilde örgütlenme gerektirmektedir. Ülkemizde yerel yönetimlerle başlayan ve daha sonra Sağlık Bakanlığının üstlendiği bu aile kurumunun varlığı ve aile bireyleri arasındaki bağılıklar bazı hizmetlerin kendi yapımızca yeniden tanımlanmasını ve yorumlanmasını gerektirmektedir.

Çekirdek aile yapısının yaygınlaşması ile gittikçe yaygınlaşan yalnız yaşlılar kitlesi oluşmaktadır. Böyle olmasa bile yoğun hayat tarzımız nedeniyle evimizde birlikte yaşadığımız yaşlı anne ve babalarımızı da gerçek anlamda yalnızlıktan kurtarabilmiş değiliz. Fiziksel açıdan bakıma muhtaç olmasalar bile psikososyal sorunların gelişmesi kaçınılmaz olmaktadır. Bugün yaşadığımız hayat tarzımız, eskiden olmayan sorunları da üretmektedir. Gittikçe artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarının da çığ gibi büyüyeceğini ön görmek zorundayız. Bu durumu önleyecek sosyal politikalar ve sağlık politikaları geliştirmek ve kamunun bu politikadaki sorumluluğunu tanımlamak gerekmektedir.

Yaşlılara sosyal faaliyet alanlarının açılması, sosyal interaksyonu sağlayacak uğraşı fırsatlarını verilmesi, seyahat, sohbet, tartışma, dertleşme, dua, ibadet gibi kognitif egzersiz fırsatlarının yaratılması, yürüyüş, alışveriş, gönüllü hizmet veya ibadet gibi düzenli eylemlerle günlük hayatın yapılandırılması en basit koruyucu tedbirlerdir. Anadolu köy veya mahalle hayatında yaşlıların düzenli olarak namaz kılmak için camiye gitmesi bu günlük hayatın yapılandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Camiye gelen kendi akrabaları ile oturup sohbet etmelerinin, çay ocağı ve kamelya muhabbetlerinin sosyal entegrasyon açısından olumlu etkileri yadsınamaz. Hedef kitlenin entelektüel, kültürel ve inanç dokusu ile alışkanlıklarını dikkate alarak sosyal entegrasyonu kolaylaştıracak çözüm yolları bulmak mümkündür. Kapalı toplumlarda küçük mahalle ve köylerin geleneksel yapıları, kendi içlerinde böyle çözümler üretmişse de, modern şehir hayatının konut yapısı, trafik karmaşası

ve yoğun iş temposu içinde çözümsüz kalmaktadır.

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bugüne dek alışageldiğimiz sağlık politikalarımız da değişikliğe uğramak zoruna kalacaktır. Öyle ki, daha çok anne-çocuk sağlığını önceleyen kamu sağlık hizmetlerinin gittikçe daha kırılğan bir kitleyi oluşturan yaşlı nüfusu önceleyen politikalarla evrilmesi kaçınılmaz görünüyor. Ezberimize yerleşmiş olan temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerekecektir. Sağlıklı büyüme, sağlıklı annelikten sonra sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulmalıdır. Yaşlılara yönelik politikaları doğrudan sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler başlıkları altında toplarsak, geliştirilecek politikaların da sistematiği ortaya çıkar. Kadın Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu da doğrudan sağlık hizmetleri alanında sorumluluk üstlenecektir. Ancak bu sorumluluk alanlarının sınırları sanıldığı kadar net olamayacağından yaşlılara yönelik politikaların geliştirilmesinde bu kurumların birlikte çalışarak sorumluluk sınırlarını belirlemeleri, boşluk ya da mükerreklikten kaçınmaları gerekmektedir.

Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, yatırılarak verilen hizmetler ve ayaktan verilen hizmetler olarak başlıca iki kategori altında toplanabilir. Kendisine bakamayan ve evlerinde bakımı mümkün olmayan yaşlılar yatırılarak tedavi edilir. Bunun için çeşitli kurumsal örgütlenmeler yapılabilir veya mevcut sağlık kuruluşları içinde çözüm aranabilir. Ancak esas olan yaşlıyı kendi çevresinde ve evinde tutmaktır. Bu amaca yönelik olarak kamu hizmeti organize edilebilir. Ülkemizde kısmen yerel yönetimlerin başlattığı sınırlı evde bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığının girişimi ile sağlık sistemimiz içinde sınırlı düzeyde yer almaya başlamıştır. Yaşlıyı evde tutma amaçlı hizmet alanlarına, genel ihtiyaçlarını gidermek üzere evde bakım, destekli yaşama, evde hasta bakımı ve hemşirelik hizmeti, evde terminal hasta bakımı gibi örnekler verebiliriz. Yaşlıyı kendi çevresinde tutmayı kolaylaştırabilen ve sürdürülebilir kılmak için özellikle gündüz iş saatlerinde teslim alan ve gece evine yollayan merkezler de kamu hizmetleri arasında örgütlenilebilir. Gündüz rehabilitasyon merkezleri, demanslı günlük bakım merkezleri, psikiyatri gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezleri gibi örnekler verilebilir.

Yaşlı nüfus için yapılan kişi başı sağlık harcamalarının nüfusun geri kalanına göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Farklı araştırmalara göre 65 yaş üstü

yaşlılar için kişi başı harcama miktarı diğer yaş gruplarına göre 2,7 ile 4,8 kat arasında değişen oranlarda daha fazla olmaktadır. Yaşlı nüfusun alt grupları için yapılan harcamalar arasında da büyük farklılıklar vardır. 85 yaş üstü yaşlıların kişi başı sağlık harcamasının 65-74 yaş grubuna göre 3 kat, 75-84 yaş grubuna göre ise 2 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. 2001, 2006 ve 2011 yıllarının *medicare* sağlık harcamalarını karşılaştıran bir çalışmaya göre, 65 yaş üstü yaşlıların %96'sı bu yıllarda sağlık harcamasına yol açan hizmet almıştır. On yılda Amerika'da yaşlılar için yapılan sağlık harcaması 100 milyar dolardan daha fazla artış göstermiştir (2001: 304 milyar dolar, 2011: 414 milyar dolar). Ayrıca yaşlılar için yapılan kişi başı sağlık harcamalarının zamanla artış hızı, yaşlı olmayanlara göre daha fazla olmaktadır. Mesela Amerika'da kişi başı yaşlı sağlık harcamasının yaşlı olmayanların harcamasına oranı, 1987'de 3,0 iken 1990'larda 3,9 olmuştur. Medicare harcamalarının 1953-87 dilimindeki analizinde 1-64 yaş grubu için yıllık kişi başı sağlık harcaması artışı %4,5 iken, 65 yaş üstünde bu artış hızı %8 bulunmuştur. Kısacası yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasının daha yüksek olmasının yanı sıra bu gruptaki harcamanın artış hızı da daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı sağlık harcamalarının nedenlerini analiz etmek çok zor değildir. Sözü edilen kronik hastalık yükleri ve yaşlılara özel ilave bakım hizmetleri bu harcama nedenlerinin başında gelmektedir. Ayrıca ilaç tüketiminin fazla olduğu dönem olması nedeniyle, ilaç endüstrisinin yeni ilaç geliştirme çalışmaları başta kanser ve kalp damar hastalıkları olmak üzere yaşlıları ilgilendiren hastalıklara odaklanmaktadır. Bu alandaki Ar-Ge maliyetleri ve pazar gelirleri, sınırlı düzeyde etkili olan çok sayıda ilacın yaşlılar tarafından tüketilmesi yoluyla sağlık harcamalarına yüklenmektedir. Kronik hastalıklara yönelik olarak geliştirilen ilaçların üretim sektörünün, önemli bir finans kaynağını yöneterek önemli bir güç oluşturduğunu ve ilaç tüketim araçlarını ve bu yolla sağlık sistemlerini kendi çıkarları doğrultusunda yönlendirme riski taşıdığını unutmamalıyız.

Kısacası hızla artan yaşlı nüfusun bağımlılığı, beraberinde getirdikleri kronik hastalık yükü ve bu nüfus için gerekli görülecek hizmet alanları, sağlık harcamalarında ciddi bir artışa neden olacaktır. Bir şekilde bu kaynak temin edilse bile yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasındaki yıllık artış hızının daha yüksek olması sürdürülebilirliği tehdit etmektedir. Yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında 19, 2050 yılında 32,9'e ulaşacak olması bu alanda kaynak üretmenin nedenli zor olduğunu göstermektedir. Nüfusumuzun hızla yaşlanmakta olduğu



dikkate alındığında sağlık finansmanının doğal seyri içinde yaşlılık sorununu çözmemiz mümkün görünmüyor. Zira yaşlı gruplar talep ettikleri sağlık hizmeti nedeniyle sağlık giderlerini kendileri yönüne kaydıracakları için sistem diğer yaş gruplarını ihmal etme ya da teminat paketlerinde tavizler verme riski taşımaktadır. Bu yüzden yaşlanmanın getirdiği ek yük tahmin edilerek sağlık finansmanının içinde ek bir yaşlılık bütçesi oluşturulması gerekmektedir. Bu ise yeni kaynak ihtiyacı demektir. Bu kaynağı, geliştirecek sağlıklı yaşlanmayı hedefleyen halk sağlığı politikaları, yaşlı sağlık hizmetleri ve yaşlı bakımı ile sosyal destek hizmetleri için ayrı ayrı planlamamız gerekiyor. Önümüzdeki dönemlerde topluma önderlik edecek olan siyasetçilerin, kamu sağlık politikalarına yön verecek olanların, ilgili kurumlarda görev alacak bürokratların ve halk sağlığı hizmetini üstlenecek sorumluların yaşlı sağlığı politikalarına ve ortaya çıkacak yükün finansmanının sağlanmasına özenle odaklanması gerekmektedir.

## Kaynaklar

Ajay Mahal, Peter Berman, A.K. Nanda Kumar: *Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries. National Institute of Ageing as part of the Global Burden of Disease 2000 project. December, 2002, www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/HealthExpendituresAndTheElderly.doc* (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

Fuchs, Victor: "Health Care for The Elderly: How Much? Who Will Pay for it?" Working Paper #6755. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1998 [www.nber.org/papers/w6755.pdf](http://www.nber.org/papers/w6755.pdf) (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

İstatistiklerle Yaşlılar, 2013, TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu, [www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1027](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027) (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

James Lubitz, Liming Cai, Ellen Kramarow and Harold Lentzner: *Health, Life Expectancy, and Health Care. N Engl J Med. 349 (11): 1048-1055, 2003, www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa020614* (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

Kim, Kijong and Antonopoulos, Rania: *Unpaid and Paid Care: The Effects of Child Care and Elder Care on the Standard of Living. Levy Economics Institute. October 2011, www.levyinstitute.org/pubs/wp\_691.pdf* (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

Lisa B. Mirel, and Kelly Carper: *Statistical Brief #429: Trends in Health Care Expenditures for The Elderly, Age 65 and Over: 2001, 2006, and 2011. Medical Expenditure Panel Survey, Agency for Healthcare Research and Quality, 2014, meps.ahrq.gov/mepsweb/data\_files/publications/stat429.pdf* (Erişim tarihi: 02.09.2014)

SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2014, 32: 48-53

TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu [www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge](http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=istgosterge) (Erişim Tarihi: 16.10.2017)

World Population Prospects: The Sex and Age Distribution of The World Population. Volume II. New York: United Nations, Economic and Social Affairs. [www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002\\_VOL\\_3.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002_VOL_3.pdf) (Erişim Tarihi: 02.09.2014)

1-Nüfusumuzun artış hızı gittikçe azalmaktadır. 2050 yılında sonra Türkiye nüfusu azalmaya başlayacaktır.

2-Doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır.

3-Beş yaş altı çocuk nüfusumuz azalma eğilimine girmiştir. Önümüzdeki yıllarda gittikçe azalacaktır.

4-Altmış beş yaş üstü yaşlı nüfus gittikçe artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaktadır.

5-Yaşlı bağımlılık oranı gittikçe artmaktadır. 2050'de her 3 çalışana 1 yaşlı düşecektir.

6-Yaşlı nüfus içinde 85 yaş ve üstünün oranı artmaktadır.

7-Hastalık yükü değişmekte ve yaşlılığa özel, farklı kronik hastalık yükü artmaktadır.

8-İnsanların sağlığı için mücadele veren sağlık mesleklerinin karakteri, çeşitliliği ve hatta görev tanımları da değişecektir. Gerontoloji, geriatri (geriatrik tıp), genel dahiliye, kardiyoloji, romatoloji, göğüs hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, onkoloji, alzheimer ve parkinson gibi hastalıklara odaklanan kognitif nöroloji gibi tıp dalları da yaşlanan nüfusla birlikte gelecekte önemi artan tıp disiplinleri olacaktır.

9-Gerontologlar fizyoterapistler, yaşlı bakım görevlileri, evde bakım görevlileri, iş uğraş terapistleri (ergoterapistler) gelecekte daha fazla aranan meslekler olacaktır.

10-İlaç araştırmaları daha çok kanser başta olmak üzere yaşlı hastalık yükünü oluşturan kronik hastalıklara yönelik olmaya devam edecektir.

11-Kronik hastalıklara yönelik ilaç sektörü, önemli bir finans kaynağının yönetildiği alan olarak sağlık sistemlerini etkileme gücünün elinde bulunduracaktır.

12- Yaşlı bakımı yeni bir disiplin halini almaktadır. Bununla birlikte destekli yaşama, gündüz erişkin bakımı, kısa dönem bakıcılık, uzun süreli bakım, hemşire bakımevleri, terminal hasta bakımı ve evde bakım gibi yeni kavramlar sağlık politikalarının konusu olacaktır.

13-Kendi davranış biçimlerimiz ve kültürel yapımıza uyum olarak politika geliştirilerek yukarıdaki kavramlar dönüştürülebilir ve altları doldurulabilir.

14-Yaşlanmanın getirdiği sorunlarla mücadele için sosyal politikalar ve sağlık politikaları geliştirmek ve kamunun bu politikadaki sorumluluğunu tanımlamak gerekmektedir.

15-Yaşlılara sosyal faaliyet alanlarının açılması, sosyal interaksyonu sağlayacak uğraşı fırsatlarını verilmesi, seyahat, sohbet, tartışma, dertleşme, dua, ibadet gibi kognitif egzersiz fırsatlarının yaratılması, yürüyüş, alışveriş, gönüllü hizmet veya ibadet gibi düzenli eylemlerle günlük hayatın yapılandırılması en basit koruyucu tedbirlerdir.

16- Temel sağlık hizmetlerini yaşlı nüfusa yönelik olarak genişletmek hatta yeniden tanımlamak gerekecektir; sağlıklı yaşlanma da öncelikli kamu politikalarında yer bulacaktır.

17- Hedef kitlenin entelektüel, kültürel ve inanç dokusu ile alışkanlıklarını dikkate alarak sosyal entegrasyonu kolaylaştıracak çözüm yolları bulmak mümkündür.

18- Esas olan yaşlıyı kendi çevresinde ve evinde tutmaktır. Bu amaca yönelik olarak kamu hizmeti organize edilebilir.

19-Yaşlılara yönelik politikaları; doğrudan sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler başlıkları altında sistematize edebiliriz.

20- Kadın Aile ve Sosyal İşler Bakanlığı yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, Sağlık Bakanlığı temel sağlık hizmetleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu da doğrudan sağlık hizmeti talebinin karşılanması için sorumluluk üstlenecektir.

21-Yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcaması yüksektir. Yaşlı nüfusun kişi başı sağlık harcamasındaki yıllık artış hızının da daha yüksek olması sürdürülebilirliği tehdit etmektedir.

22-Yaşlanmanın getirdiği ek yük tahmin edilerek sağlık finansmanının içinde ek bir yaşlılık bütçesi oluşturulması gerekmektedir.

23-Topluma önderlik edecek olan siyasetçilerin, kamu sağlık politikalarına yön verecek olanların, ilgili kurumlarda görev alacak bürokratların ve halk sağlığı hizmetini üstlenecek sorumluların yaşlı sağlığı politikalarına ve ortaya çıkacak yükün finansmanının sağlanmasına özenle odaklanması gerekmektedir.