



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi  
**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2021 Aralık/December

Sayı/Issue: 18

## JAPONYA EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ ve TÜRKİYE İÇİN ÖNERİLER

Şirin ÖZKAN<sup>1</sup>

Zeynep ACA<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme

Geliş Tarihi / Date Received: 21.05.2021

Revizyon Tarihi/Date Revised: 16.09.2021

Kabul Tarihi / Date Accepted: 27.10.2021

Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2021

DOI: 10.46218/tshd.940518

### Makale Künyesi/To cite this article:

Özkan, Ş. ve Aca, Z. (2021, Aralık). Japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18: 157-178. Doi: 10.46218/tshd.940518

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Şirin ÖZKAN, Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Bursa, Türkiye. e-mail: sirinozkan@uludag.edu.tr  
ORCID: 0000-0001-9153-6481

### Öz

Evde bakım hizmeti; yaşlıları, engelli bireyleri, kronik hastaları veya iyileşme aşamasındakileri yaşadıkları ortamda destekleyen sağlık ve sosyal bakım hizmetleridir. Japonya uzun ve kısa süreli bakım ihtiyacı duyan bireylere evde tıbbi bakım, günlük destek ve sosyal bakım hizmetlerini kapsayan “evde bakım sistemini” kurmuştur ve geliştirmeye çalışmaktadır. Çalışmada Japonya’daki kamusal evde bakım hizmetlerinin incelenmesi, Japonya deneyiminden hareketle Türkiye’nin evde bakım hizmetlerine yönelik sağlık ve sosyal politika yapıcılara, kamu yöneticilerine yol gösterecek sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır. Japonya evde bakım hizmetleri organizasyon, yararlanma kriterleri, sunulan hizmetlerin kapsamı ve finansmanı alt başlıklarında incelenmiştir. Daha sonra Türkiye’deki evde bakım hizmetlerine ilişkin kısaca bilgi verilmiştir. Sonuç olarak da Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, Japonya evde bakım, Türkiye evde bakım

## EXAMINATION of HOME CARE SERVICES in JAPAN and RECOMMENDATIONS FOR TURKEY

### Abstract

Home care service are health and social care services that support the elderly, disabled, chronic patients or patients in recovery period in their living environment. Japan has established and strives to improve the “home care system” that includes home medical care, day-to-day support and social care services for individuals in need of long-term and short-term care. The present study investigated public home care services in Japan aimed to achieve results that would guide to health and social policy-makers and public officials for home care services in Turkey. Japan home care services were examined under the headings organization, utilization criteria, scope and financing of services offered. Later, brief information about home care services in Turkey was given. As a result, recommendations were made on home care services in Turkey..

**Keywords:** Home care, home care in Japan, home care in Turkey

<sup>1</sup> Şirin ÖZKAN, Doç. Dr. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Bursa, Türkiye. e-mail: [sirinozkan@uludag.edu.tr](mailto:sirinozkan@uludag.edu.tr)  
Tel: 5052729655 ORCID: 0000-0001-9153-6481

<sup>2</sup> Zeynep ACA, Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Balıkesir, Türkiye. e-mail: [zaca@bandirma.edu.tr](mailto:zaca@bandirma.edu.tr)  
ORCID: 0000-0002-6487-4853

## Giriş

Evde bakım hizmeti; yaşlıları, engellileri, kronik hastaları veya iyileşme aşamasındakileri yaşadıkları ortamda desteklemek, bağımsız yaşamalarını sağlamak, toplumsal hayata uyumlarını kolaylaştırmak için gerekli hallerde kişisel bakımlarını, günlük ev işlerini, bakım, onarım, yemek yapma ihtiyaçlarını karşılamaktır. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan bireyin ve aile üyelerinin yükünü hafifletmek için sunulan tıbbi destek, psiko-sosyal, fizyolojik, temel gereksinimleri ve evsel hizmetleri içeren sağlık ve sosyal bakım hizmetleridir (Taşdelen ve Ateş, 2012, s. 24; Kok, Berden, Sardiraj, 2015, s. 120).

Evde bakım hizmetleri kısa veya uzun süreli bakım olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli de genellikle, sağlık hizmeti ağırlıklı olup hastalığın tedavi sonrası iyileşme sürecindeki bir aylık süreci kapsamaktadır. Uzun süreli de ise sosyal bakım ağırlıklı olup sağlık bakımını da kapsamaktadır. Genellikle altı aydan daha fazla süren bakım ihtiyacını içermektedir (Yılmaz ve Şara, 2014, s. 118).

Evde bakım hizmetlerinde gelişmiş ülkelerden biri olarak Japonya kabul edilmektedir. Japonya dünyada yaşam ömrü beklentisi en yüksek ülkedir. Kadınlar için yaşam ömrü beklentisi 86 yıl ve erkekler için 80 yıldır (Muramatsu ve Akiyama, 2011, s. 426). Toplam nüfus içindeki 65 yaş üstü nüfusun oranı 2018 yılında %28,1 iken, bu oranın 2055 yılında %39,4'e çıkması beklenmektedir (Statistics Japan, 2017). 2060 yılında ise ülkenin nüfusunun 80 milyona düşeceği öngörülmektedir (Arai, 2015, s. 673). Nüfusun yaşlanması ve doğum oranlarının düşmesi sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır. 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık harcamaları diğer yaş gruplarına göre 4,3 kat daha fazladır ve maliyetlerin büyük bir kısmı çalışan nüfusun ödediği vergi ve sağlık sigortası primleriyle karşılanmaktadır. Nüfusun yaşlanmasının olumsuz etkilerini hafifletmek için uzun vadeli bakım sisteminin sürdürülebilir olması gerekir. Hızla yaşlanan nüfusun yarattığı zorluklara karşılık olarak Japon Hükümeti, 2000 yılında Uzun Süreli Bakım Sigortası sistemini hayata geçirmiştir. Bu anlamda Japonya'da evde bakım uzun süreli sigortanın bir parçası ve genelde yaşlıları hedefleyen bir sistem şeklinde kurgulanmıştır. Ancak sonraki on yıl içinde uzun süreli bakım hizmetlerini kullanan kişi sayısı iki kat artarken toplam maliyetler % 321 artmıştır. Bu durum sistemin sürdürülebilirliğini tehlikeye atmış ve geliştirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Kar amacı gütmeyen yeni hizmet sunucuları sisteme dahil edilerek, hizmet hacminin, hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin artırılması hedeflenmiştir (Sakamoto ve ark., s.138). Mevcut sistemi geliştirmek amacıyla 2014'te ise uzun süreli bakım sigortası geliştirilerek Entegre Toplumsal Bakım sistemi olarak uygulamaya konmuştur. Entegre toplumsal bakım sistemi, insanlara yeterli sağlık ve sosyal destek ortamı yaratmayı hedeflemektedir. Bu hizmet çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmaktadır. Bununla birlikte, belediyelerin Merkezi Hükümet'in gözetiminde tüm hizmetlerin sunumu ve finansmanı üzerinde yetkileri vardır (Miyata ve ark., 2015, s. 2549). Japonya'nın yaşlı bakımıyla ilgili politikaları, "yaşlılara bakan aile bireylerinin yükünü azaltmak" ve "sağlık ve bakım hizmeti harcamalarının azaltılması" temeline dayanmaktadır (Campell ve ark., 2010).

Bu anlamda çalışmayla amaçlanan, evde bakım hizmetini uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunan ve evde bakım hizmetlerinde deneyimli ve iyi uygulama örneklerinden biri olarak kabul gören Japonya'daki evde bakım hizmetleri incelenerek, Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin organizasyonu için politika önerisi geliştirmektir.

### **Yöntem**

Japonya'daki evde bakım hizmetleri incelenerek ülkemize evde bakım hizmetinde sağlık ve sosyal politika yapıcılara, yöneticilere yol gösterecek sonuçlar elde etmek amacıyla derleme çalışması olarak planlanmıştır.

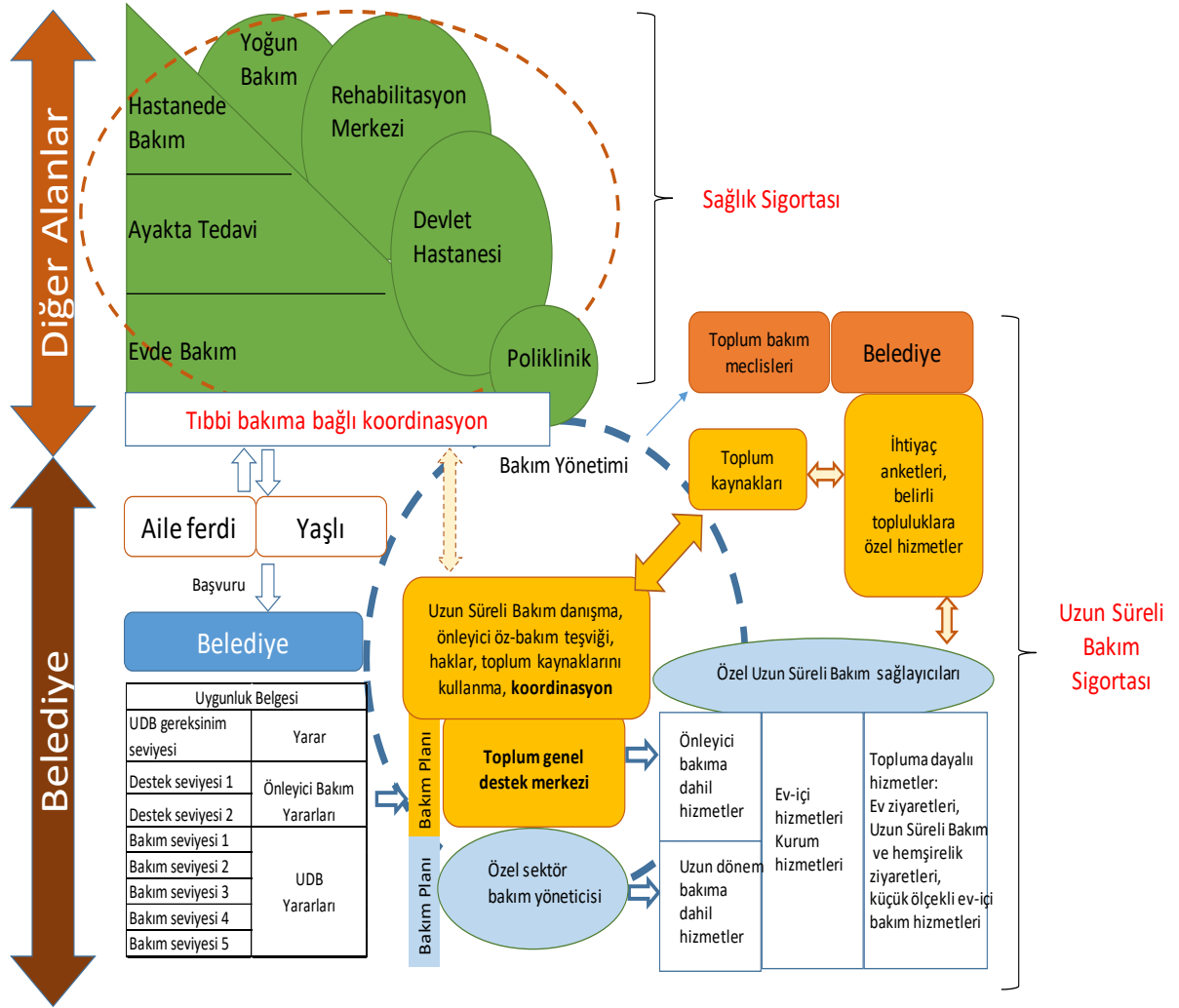
Çalışma altı ana başlıkta yapılandırılmıştır. Japonya'daki evde bakım hizmetlerinin organizasyonu, hizmetlerden yararlanma kriterleri ve evde bakım hizmetlerinin finansmanı incelenmiştir. Sonuç olarak, Türkiye'de etkin evde bakım hizmeti sunumunun geliştirilmesine katkı sağlayabilecek çıkarımlarda bulunulmuştur.

### **1. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu**

Japonya, 2000 yılında yaşlı bireylerin ailelerinin yükünü hafifletmek için Ulusal Uzun Süreli Bakım Sistemini başlatmış ve evde bakım hizmetleri bu sistem kapsamında yürütmektedir. Japonya'da evde bakımla, uzun ve kısa süreli bakım ihtiyacı duyan bireylere evde bakım, günlük destek ve sosyal bakım amaçlanmıştır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin planlanmasından ulusal hükümet sorumlu olmakla birlikte, hizmetlerin finansmanı ve hizmet sunumunun yönetilmesinden birinci derecede belediyeler sorumludur (Şekil 1). Evde bakım hizmetlerinden yararlananlara ihtiyaçlarına bağlı olarak derecelendirme sistemi uygulanmaktadır ve bu derecelendirme ikisi destek bakımı, beşi uzun vadeli bakım olmak üzere yedi seviyede gruplandırılmaktadır. "1. seviye bakım" evde bakıma destek niteliğinde bir bakım hizmeti içermektedir. Evde bakımda en yüksek derece ise "5. seviye bakımdır" ve en çok bakım gereksinimi duyanlar bundan yararlandırılır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin derecelendirilmesi tüm ülke genelinde aynı olmakla birlikte, ihtiyaç seviyesine bağlı olarak sunulan hizmetler belediyeler arasında farklılıklar göstermektedir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 162).

Evlenme oranındaki azalma, kentleşme, tek kişilik hanelerin ve boşanmalar nedeniyle ebeveyn-çocuk hanelerin büyümesi gibi toplumsal değişiklikler nedeniyle Japonya'da yalnız yaşayan yaşlıların sayısı artmıştır. Uzun süreli bakım hizmetleri sistemi, yerel yönetimlerin Ulusal Sağlık Sigortasındaki mali yükünü arttırmış ve sürdürülebilirliği tartışılmaya başlanmıştır. Bu nedenle Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2014 yılında da Entegre Toplumsal Bakım Sistemine (ETBS) geçiş çalışmalarını başlatmıştır. ETBS'nin kurulmasını teşvik etmek üzere uzun süreli bakım sigortası revize edilmiştir. Bu sistem yaşlı nüfusun en çok olacağı 2025 yılına kadar toplumda sağlık hizmetleri, koruyucu hizmetler ve uzun süreli

bakım hizmetlerini entegre ederek uygun yaşam düzenlemeleri, uygun sosyal bakım ve günlük yaşam destek hizmetleri sağlamayı hedeflemektedir. ETBS'ye geniş bir sosyal hizmetler perspektifinden bakıldığında, evde bakım hizmeti sağlayıcıları arasında kapsamlı iş birliğini geliştirmek üzerine tasarlanmıştır. Japonya Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2025 yılında tamamen geçiş yapmayı hedeflediği sistemde kapsamlı sağlık hizmetleri, uzun vadeli bakım, koruyucu bakım, konut ve sosyal destek şeklinde beş temel hizmeti bir araya getirmeyi planlamaktadır. Bu doğrultuda, tüm belediyelerden, kendi nüfusunun gelecekteki sağlık ihtiyacı arz ve talebini öngörerek 2025 yılına kadar bölgelere özgü evde bakım hizmetlerini planlamaları istenmiştir. ETBS ile hükümet, tedavi etmek yerine hastalıklardan korumayı ve kontrol altına almayı, hastaneler yerine toplum düzeyinde hasta odaklı entegre hizmetler sunmayı planlamaktadır. Sistemde ayrıca yaşlılar ileri derecede bakıma gereksinim duyduklarında toplum içinde yaşayabilmeleri ve evlerinde kalabilmeleri için pek çok farklı bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu hizmetler, 24 saat 365 gün multidisipliner işbirliğiyle sunulmaktadır. Evde bakım hizmetini sunacak ekiplerin lokalizasyonu, yaşlıların evine en fazla 30 dakika içinde ulaşabilecek şekilde organize edilmiştir. ETBS kapsamında kişiler sigortalanarak belediyelerin maliyetleri ve hizmetlerinin sunumunu yönetmesi sağlanmaktadır (Nohara ve Satoh, 2017, s. 46).

**Şekil 1: Japonya Uzun Süreli Bakım Sisteminde Evde Bakım Hizmetlerinin Yeri**

**Kaynak:** Morikawa, M. (2014)

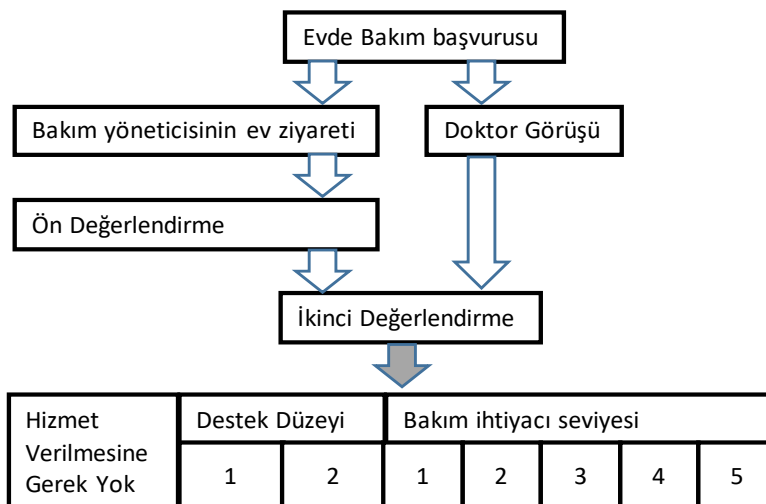
## 2. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Kriterleri

İllerdeki belediyeler, evde bakım hizmetleri kapsamında vatandaşları hem sigortalayan ve hem de evde bakım hizmetlerini sunan kurumlar olarak görev almaktadırlar. Evde bakım hizmetlerinden yararlananlar iki guruba ayrılmaktadır. Birinci guruptakiler 65 yaş ve üstü bireylerdir. "Bakım İhtiyacı Belirleme Kurulu" tarafından ihtiyaç seviyeleri belirlendikten sonra evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. İkinci guruptakiler ise 40-64 yaş arası olup bazı kronik hastalıklarla (terminal dönem kanser, romatoid artrit, skleroz, serebrovasküler hastalık, demans, diyabetik nöropati, nefropati ve retinopati, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer hastalığı, parkinson hastalığı vs) başetmek zorunda kalan bireylerdir. Bu kişilerde bakım ihtiyaçlarına uygun evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedirler. İhtiyaç değerlendirmesindeki amaç kişinin fiziksel ve bilişsel işlevlerinin değerlendirilerek hangi seviyedeki hizmetlere ihtiyacı olduğunun karar verilmesidir (Nakanishi ve ark.,2014).

Evde bakım hizmetinden yararlanabilmek için kişiler aşağıdaki değerlendirme sürecine tabi tutulmaktadır (Şekil 2):

- I. Aşama: Kişinin kendisi veya yakını hasta dosyasıyla ikametdeki belediyeye başvuru yapar.
- II. Aşama: Başvuru dosyası, “Evde bakım yöneticisi”ne gönderilir. Yönetici kişiyi evinde fiziksel ve zihinsel durumu değerlendirilmek üzere ziyaret eder, veriler toplar ve ön rapor oluşturur.
- III. Aşama: Bakım yöneticisi elde ettiği verilerden hareketle bilgisayar ortamında 73 soruluk kişinin yaşam aktivitelerine ilişkin raporu doldurur. Burada amaç sürecin objektif ve kolay hale getirmedir (Moriyama ve ark., 2014, s. 32).
- IV. Aşama: Hasta başvuru dosyası ve üçüncü aşamada oluşturulan rapor bir hekim tarafından incelenerek, “hekim raporu” oluşturulur.
- V. Aşama: Son olarak bakım yöneticisinin ön raporu, hekim raporu ve bilgisayar ortamında yapılan değerlendirmeye ilişkin rapor ile birlikte hasta dosyası; sağlık ve sosyal bakım uzmanlarından oluşan beş kişilik Bakım İhtiyacı Belirleme Kurulu tarafından değerlendirilmektedir. Nihai olarak kişinin bakım ihtiyaç seviyesine karar verilmektedir. Değerlendirme sürecinin, ihtiyaç başvurusu yapıldığı tarihten itibaren en geç 1 ay içerisinde tamamlanması ve kişiye bildirilmesi zorunludur. Verilen hizmetler destek hizmetleri ve uzun süreli bakım hizmetleri olarak iki grupta değerlendirilmektedir. Destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bireyler 2 seviyede, evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyanlara 5 seviyede sınıflandırılmaktadır. İhtiyaç değerlendirmesi sadece 6 ay için geçerlidir. Bakım hizmeti alanlar bakım planında 6 ay sonra değişiklik talep edebilirler ve eğer memnun kalmazlarsa bakım yöneticisini ve / veya evde bakım hizmeti sunan kuruluşları değiştirebilirler. Hizmetten yararlanmaya devam etmek veya değişiklik için tekrar başvuru yapılmaz (Koike ve Furui, 2013, s. 95).

**Şekil 2: Japonya Evde Bakım İhtiyacı Değerlendirme Süreci**



*Kaynak: Moriyama ve ark., 2014*

İhtiyaç değerlendirmesi sonunda bakım planı, bireyin talepleri, fiziksel ve zihinsel koşulları doğrultusunda bakım yöneticisi tarafından hazırlanmaktadır. Yararlanıcılar, bakım planı doğrultusunda bakım hizmeti sunan kuruluşlarla bir sözleşme imzalamaktadırlar. Sözleşmenin ardından kişiler evde bakım hizmeti almaya başlamaktadırlar. Bakım yöneticisi, kişilerin uzun süreli bakım hizmetlerinin düzenlemelerine de yardımcı olmaktadır. Bireylere ayrılan sınırlı bütçeyle bakım yöneticileri farklı hizmet sunucuları tarafında sunulan farklı hizmet türlerini koordine etmeye çalışmaktadırlar. Lisanslı bakım yöneticisi olmak isteyen kişiler uzun süreli bakım ve destek sınavını geçmelidir. Aldıkları lisansla bölgesel olarak çalışabilen bakım yöneticilerinin bireylerin çıkarlarını temsil eden tarafsız araçlar olarak davranmaları beklenmektedir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 137).

### **3. Japonya’da Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler**

Evde bakım hizmetleri planlanırken politika yapıcıların karar vermesi gereken en önemli konu evde bakım sisteminin hangi hizmetleri kapsayacağıdır (İkegami, 2019). Japonya ailelerin bakmakla yükümlü oldukları kişilerin bakım yükünü hafifletmek için hem sağlık hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsayan, bireylerin ihtiyaç seviyesine göre “hizmet paketleri” geliştirmiştir. Hizmet paketleri kişinin bakım ihtiyacı seviyesine göre bakım yöneticisi tarafından belirlenmektedir. Evde bakımda başlıca; evde destek bakımı, evde hemşirelik bakımı, evde banyo hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, evde kendi kendine bakım için rehberlik yapmak ve yardımcı cihazlar için kiralama hizmetleri yer almaktadır. Ayrıca yaşlı bireyleri toplum destekli kurumlara (yaşlı kreşi) taşımacılık (gidiş geliş) hizmetleri yer almaktadır. Bu kurumlarda yaşlı bireylerin kişisel bakım, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel egzersiz desteği aldıkları ve aynı gün eve döndükleri kurumlardır (Olivares-Tirado, ve ark, 2012, s. 2). Evde destek bakım hizmetleri ev işlerinde yardım, yemek pişirme, yıkama ve günlük hizmetleri kapsamaktadır. Bununla birlikte 2025 yılında tamamen geçiş yapılması beklenen ETBS’de kâr amacı gütmeyen yaşlı kulüplerinin, bölge sakinleri tarafından kurulan derneklerin ve gönüllü grupların özellikle sosyal desteği sağlamadaki önemli bir rollünün atırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Yaşlıların toplum içinde sosyalleşmesi sağlanarak, yaşlılara fiziksel ve bilişsel işlevlerini sürdürmede destek sağlanmaktadır. Böylece demans gibi hastalıkların azalması ve evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın önlenmesi amaçlanmaktadır (Iwagami ve Tamiya, 2019, s. 69; Saito ve ark.,2019, s. 571).

**Tablo 1. Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması ve Hizmetler**

| Evde Bakım Sınıflandırma ve Hizmetler |        |                    |  |   |
|---------------------------------------|--------|--------------------|--|---|
|                                       | Düzyey | İhtiyacı Aşamaları | Açıklaması   | Sunulan Hizmetler   |
| Koruyucu Hizmetler                    | Destek | 1.Seviye           | Hemen hemen iyi, bazen desteğe ihtiyacı var              | <u>Koruyucu uzun süreli bakım hizmetleri</u><br>Ayaktan koruyucu uzun süreli bakım<br>Ayaktan rehabilite edici uzun süreli bakım<br>Ev ziyaretleri ile koruyucu uzun süreli bakım |
|                                       |        | 2.Seviye           | Hemen hemen iyi, kısmi bakıma ihtiyacı var               | <u>Koruyucu Toplum Hizmetleri</u><br>Küçük gruplar halinde çok fonksiyonlu koruyucu hizmetler<br>Demanslı yaşlılar için koruyucu uzun süreli bakım                                |
| Bakım Hizmetleri                      | Bakım  | 1.Seviye           | Çok hafif günlük yaşam problemleri                       | <u>Evde Sunulan Hizmetler</u><br>Evde destek hizmetleri (Banyo, temizlik vs)  |
|                                       |        | 2. Seviye          | Hafif  | Hemşirelik bakım ev ziyareti  |
|                                       |        | 3. Seviye          | Orta, günlük yaşamın her aşamasında desteğe ihtiyacı var | Ayakta hasta uzun süreli ev bakım<br>Kısa süreli bakımı<br>Destek cihazlarının sağlanması<br>Evin onarımı düzenlenmesi  |
|                                       |        | 4. Seviye          | Şiddetli, başkasının desteği olmadan yaşayamaz           | <u>Toplum Hizmetleri</u><br>Küçük gruplar halinde çok fonksiyonlu bakım<br>Küçük gruplar halinde gece bakımı<br>Küçük gruplar halinde demanslı yaşlıların gündüz bakımı           |
|                                       |        | 5.Seviye           | Çok şiddetli, tamamen yatağa bağımlı                     |   |

**Kaynak:** Ministry of Health, Labour and Welfare, Health and Welfare Bureau for the Elderly, 2016.

Belediyeler artan iş yükünden dolayı bu hizmetleri kâr amacı güden kuruluşlar eliyle de yürütebilmektedirler. 2016 yılında kâr amaçlı şirketlerin evde hemşirelik bakımı sunma oranı %47,2 ve sosyal bakım hizmetlerini sunma oranı ise %65,5 tir. Kâr amaçlı kuruluşlar dışındaki evde bakım hizmeti sunabilenler; belediyeler, Japon Kızılhaç, sosyal sigorta kuruluşları, sosyal güvenlik kuruluşları, bağımsız kamu kurumları, tüzel kişiler, dernekler, vakıflar, kooperatifler ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır (MHLW, 2018). İhtiyacı seviyesine göre “yedi bakım seviyesi” için bir bütçe ve bu kapsamında alınabilecek hizmetler belirlenmiştir. Bakım seviyeleri kapsamı dışında kalan veya bütçeyi aşan hizmetlerden yararlanabilmek için kişilerin ödeme yapması gerekmektedir (Tablo 1). Japonya’da evde bakımı uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunan birçok ülkeden farklı olarak nakit ödeme yapılmamaktadır (Pozo-Rubio ve Jiménez-Rubio, 2020:3; Niimi, 2016:780). Tablo 2’de uzun süreli bakımı gerçekleştiren hizmet sunucuları ve sundukları hizmetin kapsamına yer verilmiştir.



**Tablo 2: Uzun Süreli Bakım Kapsamında Hizmet Sunucuları ve Hizmetin Kapsamı**

| Yaşlılar Evlerinde Verilen Uzun Süreli Bakım Hizmetleri |   |
|---|---|
| Hizmet Sunucusu   | Hizmetin Kapsamı  |
| Evde Bakım Hizmeti İstasyonları                         | Hizmeti sunular yaşlı bakım sağlık teknikerleridir.<br>Yaşlı kişilere evde bakım, banyo, temizlik, yemek yemelerine yardımcı olmak gibi hizmetler verilmektedir.  |
| Gündüz Bakım Evi  | Hizmeti sunular yaşlı bakım sağlık teknikerleri ve hemşirelerdir.<br>Yaşlı insanlar tesise gelirler, gündüzleri kaldıktan sonra akşamları evlerine dönmektedirler |
| Evde Hemşirelik Bakım İstasyonları                      | Hemşireler hemşirelik bakımına ihtiyaç duyan yaşlı bireyin evine giderek hemşirelik bakımı sunmaktadırlar.  |

**Kaynak:** Ministry of Health, Labour and Welfare (2017)

Sağlık hizmetleri “Evde Hemşirelik Bakım İstasyonları” tarafından sunulmaktadır. Bu kuruluşlar en az 2,5 yıl çalışma deneyimine sahip ve en az 5 kişilik hemşirelerle ebelerden oluşan küçük kuruluşlardır. Buradaki hemşireler aile hekimleri ve bakım yöneticileriyle iş birliği içinde çalışmaktadırlar. Bu kurumlarda hemşirelik hizmetleri hafta içi ve 9:00-17:00 saatleri arasında ev ziyareti şeklinde verilmektedir. Ayrıca ihtiyaç sahipleri 24 saat boyunca hemşirelere telefonla ulaşarak danışabilmektedirler. Bu kuruluşlar tarafından sunulan hemşirelik hizmetleri aşağıda sıralanmıştır (JVNF,2015, s. 9; Yamamoto-Mitani ve ark., 2015, s. 139):

- Sağlık durumunun değerlendirilmesi ve yönetimi,
- Tıbbi ve hemşirelik bakımında danışmanlık yapmak,
- Diyet, beslenme, sıvı dengesi, boşaltım ve hijyen yönetimi,
- Yaşam sonu bakımı,
- Rehabilitasyon bakımı,
- Demans veya ruh sağlığı hastalığı olanlara hemşirelik bakımı,
- Aile üyeleri gibi resmi olmayan bakıcılara destek verilmesi,
- Yatak yaralarının ve diğer yaraların bakımı,
- Kateter ve diğer tıbbi cihazların bakımı,
- Sağlık ve sosyal kaynakların etkin kullanımı konusunda destek,

Evde bakım hizmetleri kapsamında yer alan evde sağlık hizmetlerindeyse temel düzeyde sağlık hizmetleri hemşirelik bakım istasyonlarınca gerçekleştirilirken, daha ileri sağlık bakımı gerekli olan hallerde bakımın ihtiyaç türüne bağlı olarak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilir.

Tablo 3'te evde bakım hizmetinde sunulan hizmetler verilmiştir.

**Tablo 3: 2017 Yılı İtibariyle Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Veriler**

|   |
|---|
| Evde Bakım Hizmeti Kapsamında Sunulan Hizmetler |
| Ev içi hizmetler                                |
| Ev ziyaretleri                                  |
| Uzun süreli bakım için ev ziyaretleri           |
| Kişisel bakım hizmetleri                        |
| Hemşirelik bakımı                               |
| Rehabilitasyon hizmetleri                       |
| Uzun süreli bakım için günlük bakım hizmetleri  |
| Rehabilitasyon merkezlerine taşıma              |
| Evde bakım için gerekli ekipmanları kiralama    |

*Kaynak: Ministry of Health, Labour and Welfare, Handbook of Health and Welfare Statistics (2018)*

#### 4. Japonya'da Evde Bakım Hizmetlerinin Finansmanı

Japon nüfusunun yaşam süresinin artması ve doğurganlığın azalmasıyla sağlık ve sosyal harcamalar artmakta, sağlık ve sosyal bakım sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Ikegami et al., 2011). Japonya'nın evde bakım hizmetleri uzun vadeli bakım sigortasının oluşturulmasından önce genel sağlık sigortası tarafından finanse edilirken 2000 yılından sonra vergi gelirleri ile finanse edilmeye başlanmıştır. Sistemin sigorta primlerine ya da genel vergilere dayanıp dayanmadığı önemlidir. Çünkü genel sigortada prim gelirleri belirlenir ve prim oranı buna göre düzenlenir. Vergi gelirleri ile finansmanda ise vergi oranı önce yasa ile belirlenir (Anayasa'nın 84. Maddesi) ve vergi gelirleri buna göre düzenlenir. Vergi gelirleriyle finansmanda, harcamalar her zaman bütçe kısıtlamalarıyla sınırlandırılırken, bir sigorta sistemi kapsamında harcamalar bütçeye tabi değildir (Sakamoto ve ark, 2018, s. 31).

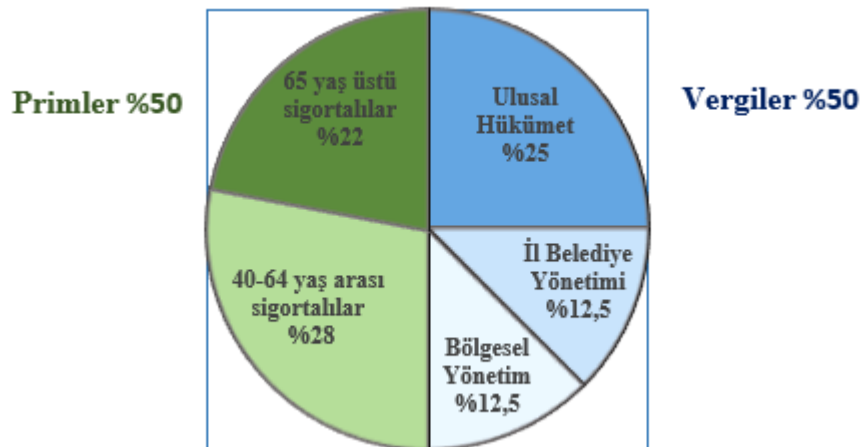
Uzun Süreli Bakım Sigortası Kanunu 2000 yılında yürürlüğe girmiş ve her üç yılda bir periyodik olarak gözden geçirilmektedir. Yaşlanan toplum nedeniyle, uzun süreli bakım sigortası reformu artan maliyetlerle karşı karşıyadır. Son reformlarla uzun vadeli bakım hizmetlerinin niteliği ve miktarı korunurken özellikle maliyet kontrolüne odaklanılmıştır. 2015 yılında gerçekleştirilen düzenlemeyle ilk olarak; yararlanıcıların ödediği hizmet bedeli %10'dan %20'ye yükseltilmiştir. İkinci olarak da yoksulluk sınırının altında yaşayanlardan daha düşük ödemeler alınmaya başlanmıştır. Ayrıca yararlanıcının durumunun ciddiyetine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak faydalanacağı evde bakım hizmetlerinde maliyet sınırlamasına gidilmiştir. Tüm yararlanıcılar uzun süreli bakım sigortası kapsamında olsa da, en hafif desteğe ihtiyaç duyan iki seviyedeki (seviye 1 ve 2)

hizmetler, uzun süreli bakım sigortası kapsamı dışında tutulmuştur. Seviye 1 ve 2 destek hizmetleri artık belediyeler tarafından karşılanmakta ve finanse edilmektedir. Yararlanma kapsamındaki hizmetler (yararlanma paketi) belediyeler arasında farklılık göstermektedir (Maruta ve ark, 2019, s. 2). Diğer yandan, İngiltere, İtalya ve Almanya'dan farklı olarak Japonya'da nakit yardım yoktur (İkegami, 2019)

İllerdeki belediyeler, uzun süreli bakım hizmetleri kapsamında vatandaşları hem sigortalayan ve hem de uzun süreli bakım hizmetlerini sunan kurum olarak görev almaktadırlar. Vatandaşlar 40 yaşından itibaren belediyelere uzun süreli bakım için sigorta primlerini ödemeye başlamaktadır. Uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlananlar iki gruba ayrılmaktadır. Birincisi 65 yaş ve üstü yaşlılar, ikinci grup ise 40-64 yaş arası engelli bireylerdir. Birinci gruptaki yararlanıcıların çoğu emekliler olup, yaşlılık sigortası primleri emeklilik maaşlarından kesilir. İkinci gruptaki yararlanıcıların çoğu ise çalışanlar olup uzun bakım sigorta primleri, sağlık sigortası primlerine eklenerek maaşlarından kesilir. Bununla birlikte, her iki gruptaki yararlanıcılar uzun süreli bakım hizmetlerinden yararlanabilmek için sunulacak her hizmetin maliyeti belediyeler arasında farklılık gösterse de, sunulan hizmet için en az %10 katkı payı ödemek zorundadırlar. Katkı payı ödeme oranı 2015 yılında %20'ye 2018 yılında da yüksek gelir gurubundakiler için %30' kadar arttırılmıştır. Ancak yaşlıların çoğunluğu alt gelir gurubunda yer almaktadır (Sudo ve ark, 2018, s. 8)

Belediyeler sigorta primlerini belirlerken o bölgede yaşayan toplumun ihtiyacı ve sunulan hizmetlerin miktarı (niceliği) arasında denge kurmaya çalışmaktadır. Sistemin bütününün nasıl işleyeceğine merkezi hükümet karar vermektedir. Bölgesel yönetimler illerdeki belediyeleri finansal açıdan desteklemektedir. Belediyeler 40 yaş ve üstü vatandaşlardan uzun süreli bakım için sigorta primleri toplamaya başlarlar. Uzun süreli bakım sigortasının finansmanının %50'si vergilerden (Vergilerin de %25 ulusal hükümet, %12,5 bölgesel hükümet ve %12,5 ildeki belediyelerden) ve diğer % 50 si de o ilde yaşayan vatandaşların ödediği primlerden sağlanmaktadır (MHLW,2016; Jin ve ark., 2020, s. 1) (Şekil 3).

**Şekil 3: Uzun süreli bakım sigortasının finansmanı**



Kaynak: MHLW, 2016

Evde bakım hizmetlerinde kâr amacı güden hizmet sunucularının da pazara girmesine izin verilerek kamusal ve yarı kamusal sosyal hizmet sağlayıcıları ile rekabet etmesine olanak sağlanmıştır. Kâr amaçlı veya kâr amacı gütmeyen sivil toplum kurumları çocuklar, engelliler ve yaşlılar için kamuyla sözleşme yaparak kamu hizmeti sunmaktadırlar. Bu yollarla uzun süreli bakım sigortası kapsamında Japonya’da oldukça talep gören bir yapı oluşturulmuştur. Uzun süreli bakım sigortası kapsamında özellikle evde bakım hizmetlerine olan talep artmıştır (Fu ve Noguchi, 2019, s. 786). Bununla birlikte uzun süreli bakım sigortasının maliyetleri %321 artarak 2000 yılında yaklaşık 31,6 milyar ABD dolarından 2016 yılına kadar yaklaşık 101,3 milyar ABD dolarına yükselmiştir. Uzun süreli bakım sigortasıyla karma ekonomik bir sistem oluşturulmuştur. Bazı kuralları devlet tarafından belirlenmekte ve hizmet satın alımlarının %90’ını prim gelirleri ve vergilerden karşılanmaktadır. Önceden bir arz seviyesi yoktur, kamu ve özel sektör hizmet sunucularının sisteme giriş çıkışı serbesttir. Hizmete ihtiyacı olan bireyleri kazanmak için hizmet sunucuları arasında güçlü rekabet vardır. Bu ortam arz ve talebi yaratarak maliyetleri arttırmaktadır. Sonuç, piyasa genişledikçe kamu harcamaları da artmakta ve devlet uzun bakım sisteminin sürdürülebilirliği için maliyetleri kontrol etmekte zorlanmaktadır. Bakım sağlayıcıları piyasa rekabeti altında işgücü maliyetlerini düşürmeye çalışmakta ancak zor çalışma koşulları, çalışanların işgücü devir oranının yüksek olması bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Uzun süreli bakım sigortası hizmet hacmini arttırma bakımından başarılı olmuştur. Ancak bakım hizmeti sunanların hepsinin kaliteli bakım hizmeti vermesine ilişkin tereddütler vardır (Kubo M, 2014; Sakamoto ve ark, 2018, s. 138).

Kamu ve özel sektör, evde bakım hizmetini aynı ücrete sunmak durumundadır. Yerel yönetimler, valilik sağlık hizmeti sunum planlarının uygulanıp uygulanmadığını takip etmekte ve hizmet sunumlarının bürokratik işlemlerini yerine getirmektedirler. Japonya, yaşlı nüfusun hastalık yükü maliyetleri ile uzun yıllardır mücadele etmektedir (Muramatsu ve Akiyama, 2011). Uzun süreli bakım sigortası kapsamındaki hizmet sunucularının çoğunluğu özel sektöre aittir. Evde bakım sağlayan kuruluşların %64’ü, evde hemşirelik bakımı sunan kuruluşların %40’ı ve günlük yaşlı bakım hizmeti sağlayan kuruluşların %58’i kâr amacı güden kuruluşlardır (Matsuda, 2016).

##### **5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinde Mevcut Durum**

Türkiye’de evde bakım genellikle, bakıma ihtiyaç duyan kişilere aile bireyleri veya akraba gibi enformel bakıcılar tarafından sunulmaktadır (Özkul ve Kayalçı, 2018, s.3) Ancak Türkiye’de de gerek nüfus yapısında gerekse toplumsal yapıda değişimler hız kazanmaya başlamıştır. Türkiye’de yaşlı nüfusun artışı diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir hızda seyretmekte ve toplum içinde yaşlı nüfusun payı artmaktadır. Ayrıca her 5 yaşlıdan biri yalnız yaşamakta, 7 milyon 550 bin 727 yaşlının 1 milyon 373 bin 521’ini tek başına yaşayan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. 2019 yılında toplam yaşlı nüfus içinde tek başına yaşayan yaşlı oranı

% 18,2'dir (AÇSHB, 2020a, s. 84- 85). Türkiye'nin yaşlanma eğilimi ise; ortalama yaşam ömrü beklentisi ortalama 78,6 yıldır ve bu erkekler için 76, kadınlar için ise 81,3 tür (TÜİK, 2018a). Toplam nüfus içindeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı 2019'da % 9,1 iken (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 1), 2040'da % 16.3'e, 2060'da % 22.6'a ve 2080'de % 25.6'a yükselmesi beklenmektedir (TÜİK, 2018b). Nüfus yapısındaki ve toplumsal yapıdaki değişimler evde bakım hizmetlerine ihtiyacını arttıracaktır.

Türkiye'de, evde bakım hizmetleri Japonya'dan farklı olarak uzun süreli bakım sigortasının bir parçası olarak yürütülmemektedir. Türkiye'de evde bakım hizmeti, evde sağlık hizmeti, evde bakım yardımı ve evde bakıma destek hizmetlerinden oluşmaktadır. Ülkemizde evde sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı, evde bakım yardımı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) ve evde bakıma destek hizmetleri ise belediyeler tarafından sunulmaktadır (Karakuş, 2018, s.32). Devlet eliyle evde bakım hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin ilk düzenleme Sağlık Bakanlığının sunduğu evde sağlık hizmetidir. Sağlık Bakanlığı yatağa bağımlı ya da hareket kısıtı olan ve ağır hastaların tedavilerinin evde tedavilerine devam etme ve gerekli hallerde psikolojik ve sosyal danışmanlık hizmetleri vermeyi amaçlamıştır. İkinci uygulama ise; öz bakımlarını çeşitli sebeplerden ötürü yerine getiremeyen engelli kişilere ilişkindir. Engelli vatandaşların evde bakım yardımı aracılığıyla evde bakımlarının gerçekleştirilmesi ve yardımının yürütümünden yetkili kuruluş ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığdır<sup>3</sup>. Evde bakım hizmetlerine ilişkin üçüncü düzenleme Belediyeler tarafından sunulan ve daha çok evde bakıma destek niteliğindeki evde bakıma destek hizmetleridir ve ülke genelinde standart bir uygulaması yoktur<sup>4</sup>. Programla evde bakım hizmetlerine destek niteliğinde hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmeti tüm nüfusu hedeflemekle birlikte özellikle bu hizmetten kronolojik yaşlanma yaşı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzerindeki kişiler daha çok yararlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019: 84). Bakanlık bu hizmetleri 2015 tarihli "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" kapsamında yürütmektedir<sup>5</sup>. Yönetmeliğin tanımlar başlıklı 4. maddesinde evde sağlık hizmeti; hastalığından dolayı evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilere kendi ev ortamında psikolojik ve sosyal danışmanlığı da içeren muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunu ifade eder şeklinde tanımlanmıştır. Hastaya kendi konfor ortamında sağlık hizmeti verme, hasta ve ailesine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerini bir bütün olarak sunmanın hedeflendiği evde sağlık hizmeti uygulamada genelde hastaya yönelik muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyonla sınırlı kalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 44). Sağlık Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren hastaneler, ağız ve

<sup>3</sup> 01.07.2005 tarihli ve 5378 sayılı "Özürlüler Yasası" ve 30/07/2006 tarihli Bakıma Muhtaç Engellilerin Tepiti ve Bakım Hizmetlerinin Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik

<sup>4</sup> 10.7.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 3.7.2005 tarihli 5393 Belediye Kanunu ve 22/2/2005 tarihli 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu

<sup>5</sup> RG. 27.02.2015; 29280

diş sağlığı hastaneleri ve merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla bu hizmet sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde yaygın başvuru; hastanın kendisi ya da hasta yakını Türkiye genelinde hizmet veren bir çağrı merkezini arayarak talebini il koordinasyon merkezine iletir. Taburcu olma aşamasındakiler için başvuru müdavi hekim tarafından yapılır. Hizmetin yönetiminde birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon ise müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezi tarafından sağlanır. Bu uygulamayla yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, eklem-kas hastalıkları gibi kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır (Işık ve ark., 2016, s. 173). Bakıma muhtaç engelli tanımı “Engellilik sınıflandırmasına göre resmi sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişileri” kapsamaktadır<sup>6</sup>. Bu tanım doğrultusunda evde bakım yardımından yaşlılarda sıklıkla yararlanmaktadır.

Evde bakım yardımı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde yürütölmektedir. Evde bakım yardımı, 2007 yılında bakıma muhtaç engellinin resmi veya özel bakım merkezleri yerine kendi evinde bakımı tercih etmesi halinde bu bakımın evde sağlanması ve bakımı sağlayan akraba veya vasiye bu bakım hizmeti karşılığında belli bir ücret verilmesi şeklinde tasarlanmıştır. Evde bakım yardımının verilmesinde temel kriterlerden ilki; sağlık kurulu raporuyla ağır engelliği belgelendirilmiş, başkasının yardımı ve bakımı olmaksızın kendi öz bakımını, yeme içme gibi ihtiyaçlarını karşılayamayan; kendi başına hayatını devam ettiremeyecek derecede düşkün değildir. İkincisi ise; engellinin yaşadığı haneye giren bütün gelirler esas alınarak, hanedeki kişi başına düşen ortalama bir aylık gelirin tutarı net aylık asgari ücretin 2/3’ten az olmasıdır (AÇSHB, 2020b). 2014’te 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun ek 7. maddesinde yapılan değişikle evde bakıma ilişkin ödemeler “sosyal yardım” olarak tanımlanarak “Evde Bakım Yardımı” adını almıştır (ASPB, 2014: 95).

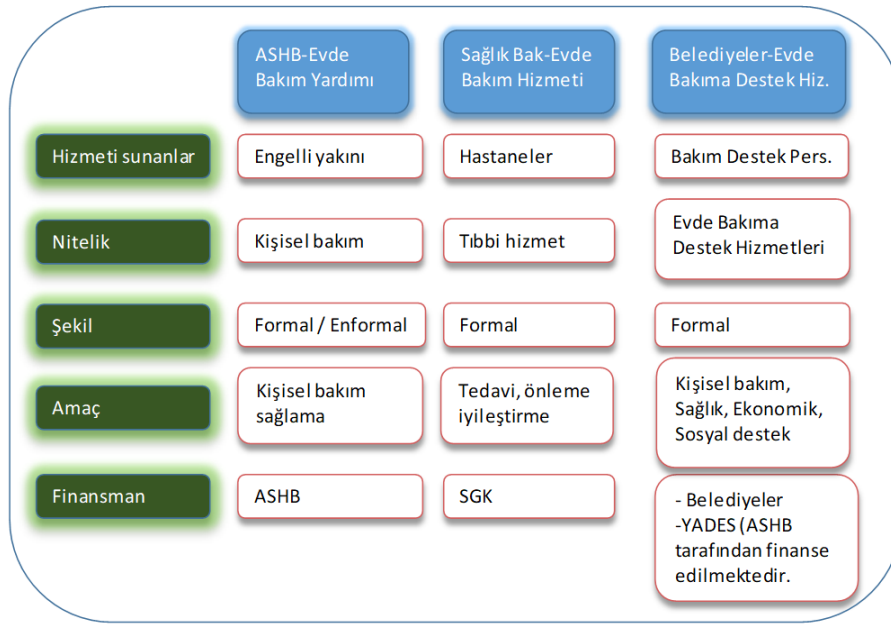
Evde bakıma destek hizmetleri ise belediyeler tarafından yürütölmektedir ve ülke genelinde standart bir uygulaması yoktur<sup>7</sup>. Bu bağlamda evde bakıma destek hizmetleri; sıhhi tesisat, basit tamirat, her türlü onarım gibi teknik hizmetler, tansiyon ölçme, pansuman yapma gibi sağlık hizmetleri, refakat etme, alışveriş yapma gibi sosyal destek hizmetleri ve ev temizliğiyle benzeri nitelikteki çok yönlü hizmetleri içermektedir. Türkiye’de evde bakım hizmetlerinde ilişkin son uygulama henüz yeşerme aşamasında olan Yaşlı Destek Programı (YADES)’tir. Program Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının sağladığı fonla 2016 yılında uygulamaya konmuştur. YADES bir yıllık sürelerle belediyeler tarafından proje esasına dayalı olarak yürütölmekte ve

<sup>6</sup> 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun

<sup>7</sup> 10.7.2004 tarihli 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu, 3.7.2005 tarihli 5393 Belediye Kanunu ve 22/2/2005 tarihli 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu

özellikle 65 yaş ve üstü nüfusu kendi aile, akraba ve komşu çevresinden ayırmadan yaşadıkları ortamda destekleme amaçlanmaktadır. Hizmet sunumu, belediyelerce yürütülen projenin niteliğine bağlı olarak farklılaşan YADES'te, evde bakım hizmeti niteliği itibarıyla daha çok evde bakıma destek hizmeti yanında yaşlılara, aktif yaşamlarını destekleme adına hobi kursları gibi sosyal-kültürel etkinlikleri içeren sosyal destek ve özel merkezlerde rehabilite edici hizmetler gibi geniş bir yelpaze içermektedir (AÇSHB, 2020c; Kayseri Büyükşehir Belediyesi, 2018, s. 257). Türkiye'deki evde bakım hizmetlerinin organizasyonu aşağıdaki gibi şematize edilebilir (Şekil 4).

**Şekil 4: Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu**

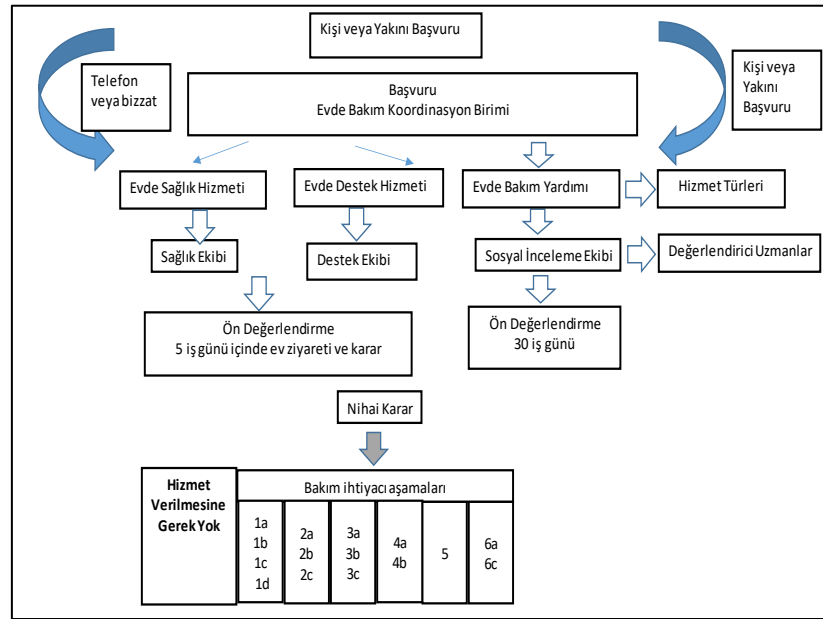


## 6. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Öneriler

Japonya evde bakım hizmetini, Almanya'da olduğu gibi uzun süreli sigorta kapsamında sunmaktadır (Eling, 2020, s.39). Finansmanı vergi ve primlere dayanmaktadır. Ayrıca kişiler hizmet kullandıkça katkı payı ödemek zorundadır. Türkiye'deki kamusal evde bakım hizmetlerinde eşitlik, adalet ve verimlilik ilkeleri temelinde değişiklikler gereklidir. Verimli, sürdürülebilir ve kaliteli evde bakım hizmeti sunumu için Japonya'da olduğu gibi bütüncül bir yapılanmaya ihtiyaç vardır. Öncelikli olarak yapılması gereken evde bakım hizmetlerini (sağlık ve sosyal bakım) bir çatı altında toplayan bir sistemin kurgulanmasıdır. Bu sistemde evde bakım hizmetlerinin etkili yönetimi için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilatında Evde Bakım Hizmetleri Daire Başkanlıkları, taşra teşkilatında ilçeler bazında Kaymakamlıklar bünyesinde Evde Bakım Koordinasyon birimi kurulabilir. Bu birimler tarafından yapılacak inceleme ve değerlendirme sonucuna göre evde bakım hizmet türü ve süresine karar verilebilir. Evde Bakım Koordinasyon biriminde evde sağlık ve bakım ekibi, sosyal inceleme ekibi ve destek ekibi işbirliği

çinde çalışmalıdır. Evde sağlık ekibi sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamak, sosyal inceleme ekibi evde bakım yardımının bağlanmasından, destek ekibi de evde bakıma destek hizmetlerinden (ev temizliği, basit onarım, yemek dağıtımı vb.) sorumlu olmalıdır. Evde sağlık ve destek hizmetlerine başvuru telefonla, evde bakım yardımına başvuru ise bizzat ya da bakıma muhtaç kişinin bir yakını aracılığıyla yapılabilir (Şekil 5).

**Şekil 5. Türkiye’de Evde Bakım İhtiyacı Değerlendirme Süreci Önerisi**



Bir sistemin işlerliği ancak ihtiyaç sınıflandırma standartlarının belirlenmesi ile mümkün olur. Bunun içinde “Ulusal Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması” net bir şekilde oluşturularak ülke genelinde ulusal bir uygulama hayata geçirilebilir. Tablo 4’te ulusal evde bakım ihtiyacı sınıflandırması önerilmiştir. Her bir hizmetin birim maliyeti önceden belirlenmeli ve düzenli aralıklarla enflasyon oranlarına uygun olarak güncelenebilir.

**Tablo 4: Ulusal Evde Bakım İhtiyacı Sınıflandırması**

| Düzye     | İhtiyacı Aşamaları ve Açıklamaları   |
|-----------|--|
| 1. derece | Evde destek hizmeti<br>a. Kişisel temizlik<br>b. Ev temizliği<br>c. Yemek dağıtımı<br>d. Ev basit onarım   |
| 2. derece | Kısa süreli evde sağlık hizmeti<br>a. 1-7 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği<br>b. 8- 15 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği<br>c. 16-30 güne kadar evde sağlık hizmeti desteği |



|           |   |
|-----------|---|
| 3. derece | Uzun süreli evde sağlık hizmeti<br>a.1 -3 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği<br>b.3-6 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği<br>c. 6-12 aya kadar evde sağlık hizmeti desteği |
| 4. derece | a. Evde destek hizmeti ve Kısa süreli evde sağlık hizmeti<br>b. Evde destek hizmeti ve Uzun süreli evde sağlık hizmeti  |
| 5. derece | Evde bakım yardımı  |
| 6. derece | a. Evde bakım yardımı ve kısa süreli evde sağlık hizmeti<br>b. Evde bakım yardımı ve uzun süreli evde sağlık hizmeti  |

Evde bakım ve değerlendirme birimlerinde çalışacak karar vericilerin belli alanlardan mezun olmaları şartı aranmalıdır. Evde bakım hizmeti sağlık ve sosyal bakımı içinde barındırdığından sosyal hizmet, çalışma ekonomisi, sağlık yönetimi, fizyoterapi, hemşirelik, gerontoloji, psikoloji, beslenme ve diyetetik gibi lisans bölüm mezunları bu birimlerde istihdam edilebilir. Ayrıca sistemin verimli ve kaliteli işleyebilmesi için bu birimlerde çalışacakların işe başlamadan önce eğitim almaları ve sertifikalandırılmaları sağlanmalıdır. Eğitimler, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığıyla iş birliği içinde yürütülmelidir. Bakım ve değerlendirme biriminde çalışanların “bakım yöneticisi” olarak belirli süreler için sertifikalandırılması gerçekleştirilebilir. 2 yıl veya 5 yıl arayla bu kişilerin yeniden sınava tabi tutularak sertifikalandırılması uygun olabilir.

Evde bakım hizmetlerinin doğası gereği evde bakım hizmeti ekipleri multidisipliner oluşturulmalıdır. Bakıma ihtiyaç duyanın ihtiyacına göre ekipte, evde hasta bakım teknikeri, sosyal hizmet uzmanı, hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve tamirat, boya, ev onarımı gibi teknik hizmetlerle, refakat etme, ev temizliği, alışveriş yapma gibi hizmetleri gerçekleştirecek bakım destek personeline yer verilmelidir. Evde bakım hizmeti sunucuların koordinasyonu ise “bakım yöneticisi” tarafından sağlanabilir.

Evde bakım hizmetinin sağlık ayağı için sağlık bakım ekipleriyle aile hekimleri ile hastaneler arasında işbirliği ve elektronik entegrasyon sağlanmalıdır. Hollanda’da da evde bakım hizmetleri uzaktan sistem ile entegre edilmiş yaşlı ve engelli bireylere uzaktan eğitim, izleme ve değerlendirme yapılabilmektedir (Uyutan, 2018; s.66). Kısa süreli ve uzun süreli evde bakım hizmeti verilen kişilerin aile hekimleri de bu konuda bilgilendirilerek gerektiğinde destek alınabilir.

Türkiye’de Japonya’dan farklı olarak evde bakımda nakdi yardım da mevcuttur. İspanya ve İtalya’daki evde bakım uygulamasında yer alan nakdi yardımı, İsveç, Norveç ve Hollanda gibi profesyoneller tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine göre kamu harcamalarına mali yükünün daha az olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (Del Pozo-Rubio ve Jimenes-Rubio, 2019, s. 586; Maeda ve ark., 2019, s. 369; Pozo-Rubio ve Jiménez-Rubio, 2020:582). Ayrıca nakdi yardım aynı zamanda enformal bakım verenler açısından bir motivasyon

unsuru olması nedeniyle önemlidir. Dolayısıyla nakdi yardımın devam ettirilmesi Türkiye'nin mevcut sosyal, kültürel ve ekonomik yapısına daha uygundur. Evde bakım yardımında hizmet sunucularının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bilinen bir gerçektir. Kadın emeğine bu gibi hizmetlerde sıklıkla başvurulmakta, ücretli veya ücretsiz evde bakım hizmetlerinin kadınlar tarafından gerçekleştirilmesi beklenmektedir (Hirakawa ve ark., 2017, s. 164). Türkiye'de de yaygın olan bu anlayış doğrultusunda, kadın emeğini görünür kılmamanın bir yolu olarak da evde bakım yardımının devam ettirilmesi savunulabilir. Bununla birlikte evde bakımın kalitesini arttırmak için bakımı üstlenecek kişilerin evde bakım eğitimi başarı ile tamamlamış kişilerce verilmesi gibi kriterler konulabilir.

Evde bakım hizmetinde bir diğer önemli konu hizmetin finansmanıdır. Evde bakım hizmetlerinde finansmanın ne şekilde olması gerektiği ve en iyi optimal modelin hangisi olduğu belirsizdir. Evde bakım hizmetinin finansmanında en iyi modelin hangisi olacağı ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve demografik faktörlerine bağlı olarak farklılaşır. Örneğin Japonya ve Almanya uygulamasında olduğu gibi evde bakım hizmetlerini kullandıkça öde sisteminin refah seviyesi yüksek ülkeler için ideal olduğu, refah seviyesi düşük ülkeler içinse ideal olmadığı düşünülmektedir (Eling, 2020, s. 40). Japonya'da evrensel nitelikte, prime esas kazançtan belirli bir yaşa geldikten sonra ve kullandıkça öde sistemi bazı problemleri içerse de gelişmiş bir ülke olan Japonya için uygun bir modeldir. Ancak Türkiye refah seviyesi gelişmişliği açısından Japonya'nın gerisindedir. Türkiye'de istihdamda enformel sektörün yaygınlığı, asgari ücretle istihdam edilenlerin sayıca çokluğu, yıllardır süregelen sosyal güvenlik açıkları, sosyal güvenlik sistemin gelecek nesillere yük oluşturması, sistemin politik müdahalelere açık olması ve benzeri nedenler prime dayalı evde bakım hizmeti kurgulanmasını imkânsız kılmaktadır. Bu anlamda Türkiye'de sosyal adalet bakımından sistemin vergilerle finansmanın en uygun yöntem olacağı düşünülmektedir. Fakat Türkiye'de vergilendirmede dolaylı vergilerin yaygınlığı göz önünde bulundurulduğunda adil, eşitlikçi ve verimli bir sistem için vergilendirme sisteminin öncelikle gözden geçirilmesi ve doğrudan vergilerin yaygınlaştırılması gerektiği göz ardı edilmemelidir.

### **Sonuç**

Türkiye'nin nüfus ve sosyal yapısındaki değişimler, evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacı ve evde bakım organizasyonunun yeniden yapılanması gereksinimini ilerleyen dönemlerde arttıracaktır. Türkiye'de evde bakım hizmeti dağınık bir yapılanma içinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve belediyelerin kendi imkânları doğrultusunda yürütülmektedir. Bu durum, evde bakım hizmetlerinin etkin ve ihtiyaç sahiplerine yeterince ulaşılabilirliği engelleyebilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin etkin ve verimli sunulması konusunda uzun yıllardır çaba harcayan farklı ülke örnekleri ve onların deneyimleri incelenerek Türkiye için en uygun sistem kurgulanabilir.

Bu çalışmada Japonya'nın evde bakım hizmetleri örneğinden hareketle, Türkiye için evde bakım sisteminin yeniden yapılandırılmasında sistemin verimliliği ve sürdürülebilirliği için tek çatı altında toplanan bütünleşik

bir sistem önerilmiştir. Sistemin işlerliği için Ulusal Evde Bakım İhtiyaç Sınıflandırmasının hayata geçirilmesi, evde bakım biriminde çalışacakların kimler olması gerektiği ve bakım yöneticisi olabilmek için sertifika uygulamaları konusunda da öneriler sunulmuştur. Evde bakım sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde evde bakım hizmeti ekibinin multidisipliner olması ve koordinasyonunun bakım yöneticisi tarafından gerçekleştirilmesi de önerilmiştir. Ayrıca birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında elektronik entegrasyonun yeniden yapılandırma önerileri arasında yer almıştır. Diğer taraftan evde bakım hizmetinde nakdi yardım ve sistemin finansmanında değişikliğe gidilmemesi gerektiği gerekçeleriyle açıklanmıştır.

**Kaynakça**

- AÇSHB (2020a) Engelli Ve Yaşlı İstatistik Bülteni-2020 Nisan [https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/47370/istatistik-bulteni\\_nisan2020.pdf](https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/47370/istatistik-bulteni_nisan2020.pdf) (27.01.2020).
- AÇSHB (2020b) "Evde Bakım Yardımı", <https://ailevecalisma.gov.tr/tr-tr/sss/sosyal-yardimlar-genel-mudurlugu/evde-bakim-yardimi> (01.01.2020).
- AÇSHB (2020c) Yaşlı Destek Programı 2018 Yılı Projesi Uygulama Usul Ve Esasları, <https://ailevecalisma.gov.tr/media/6503/yades2018ususulaslari.pdf> (27.01.2020).
- Arai, H., Ouchi Y., Toba, K., Endo, T., Shimokado, K., Tsubota, K., Matsuo, S., Mori, H., Yumura, W., Yokode, M. Ve Rakugi, H. (2015) "Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan", *Geriatrics & gerontology international*, 15(6), 673-687. doi: 10.1111/ggi.12450
- Campbell, J. C., Ikegami, N. Ve Gibson, M. J. (2010) "Lessons From Public Long-Term Care Insurance In Germany And Japan", *Health Affairs*, 29(1), 87-95. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0548
- Del Pozo-Rubio, R. Ve Jiménez-Rubio, D. (2020) "The challenge of sustaining long-term care in aging societies: lessons from Japan and Spain: Comment on Financing long-term care: lessons from Japan", *Int J Health Policy Manag*, x(x), 1-4. doi: [10.15171/ijhpm.2019.143](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.143)
- Del Pozo-Rubio, R. Ve Jiménez-Rubio, D. (2019) "Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain", *Health policy*, 123(6), 582-589. doi: [10.1016/j.healthpol.2019.03.016](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.016)
- Eling, M. (2020) "Financing Long-term Care: Some Ideas From Switzerland Comment on Financing Long-term Care: Lessons From Japan", *Int J Health Policy Manag*, 9(1), 39-41. doi: [10.15171/ijhpm.2019.83](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.83)
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019) *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*, Ankara
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020) <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf> (27.01.2020)
- Fu, R. Ve Noguchi, H. (2019) "Moral hazard under zero price policy: Evidence from Japanese long-term care claims data", *The European Journal of Health Economics*, 20(6), 785-799. doi: [10.1007/s10198-019-01041-6](https://doi.org/10.1007/s10198-019-01041-6)
- Hirakawa, Y., Chiang, C., Hilawe, E. H. Ve Aoyama, A. (2017) "Content of advance care planning among Japanese elderly people living at home: A qualitative study", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 162-168. doi:[10.1016/j.archger.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.007)
- Ikegami, N. (2019) "Financing long-term care: lessons from Japan", *Int J Health Policy Manag.*, 8(8), 462-466. doi:[10.15171/ijhpm.2019.35](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.35)
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A. Ve Fidan, C. (2016) "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- Iwagami, M. Ve Tamiya, N. (2019) "The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future", *JMA Journal*, 2(1), 67-69. doi: [10.31662/jmaj.2018-0015](https://doi.org/10.31662/jmaj.2018-0015)
- Japan Visiting Nursing Foundation (2015) Visiting Nursing System In Japan <https://www.jvnf.or.jp/homon/english/vnj2015.pdf> (12.04.2020)
- Jin, X., Mori, T., Sato, M., Watanabe, T., Noguchi, H. Ve Tamiya, N. (2020) "Individual and regional determinants of long-term care expenditure in Japan: evidence from national long-term care claims", *European journal of public health*, 30(5), 873-878. Doi: [10.1093/eurpub/ckaa065](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa065)
- Karakuş, B. (2018). "Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu". *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, Ankara.
- Kayseri Büyükşehir Belediyesi (2018) *2017 Yılı Faaliyet Raporu*, Kayseri
- Koike, S. Ve Furui, Y. (2013) "Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area", *Health Policy*, 110(1), 94-100. doi: [10.1016/j.healthpol.2012.12.011](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.12.011)
- Kok, L., Berden, C. Ve Sardiraj, K. (2015) "Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores" *Eur J Health Econ*, 16(2), 119-31. doi: 10.1007/s10198-013-0557-1
- Kubo, M. (2014) "Long-term care insurance and market for aged care in Japan: Focusing on the status of care service providers by locality and organisational nature based on survey results". *Australian J Ageing*, 33, 153-7. doi: 10.1111/ajag.12038

- Maeda, M., Fukuda, H., Shimizu, S. Ve Ishizaki, T. (2019) "A comparative analysis of treatment costs for home-based care and hospital-based care in enteral nutrition patients: A retrospective analysis of claims data", *Health Policy*, 123(4), 367-372. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.12.006
- Maruta, M., Tabira, T., Makizako, H., Sagari, A., Miyata, H., Yoshimitsu, K., Han, G., Yoshiura, K. Ve Kawagoe, M. (2019) "Impact of Outpatient Rehabilitation Service in Preventing the Deterioration of the Care-Needs Level Among Japanese Older Adults Availing Long-Term Care Insurance: A Propensity Score Matched Retrospective Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1292. doi:10.3390/ijerph16071292
- Matsuda, R. (2016) "The Japanese Health Care System, 2015", Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. Ve Sarnak, D. (Ed.), 107-14.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2016) Health and Welfare Bureau for the Elderly [http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcjsi\\_e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lcjsi_e.pdf) (05.04.2020)
- Ministry of Health, Labour and Welfare (2016) Health and Welfare Bureau for the Elderly <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou.pdf> (16.06.2020)
- Miyata, H., Ezoe, S., Hori, M., Inoue, M., Oguro, K., Okamoto, T., Onishi, K., Onozaki, K., Sakakibara, T., Takeuchi, K., Tokuda, Y., Yamamoto, Y., Yamazaki, M. Ve Shibuya, K. (2015) "Japan's vision for health care in 2035", *The Lancet*, 385(9987), 2549-2550. doi: 10.1016/S0140-6736(15)61135-7
- Morikawa, M. (2014) "Towards community-based integrated care: trends and issues in Japan's long-term care policy", *International Journal of Integrated Care*, 14(1). doi: 10.5334/ijic.1066
- Moriyama, Y., Tamiya, N., Kamimura, A., Sandoval, F. Ve Luptak, M. (2014) "Doctors' opinion papers in long-term care need certification in Japan: comparison between clinic and advanced treatment hospital settings", *Public Policy Admin Res*, 4, 31-37.
- Muramatsu, N. Ve Akiyama, H. (2011) "Japan: Super-Aging Society Preparing for the Future", *The Gerontologist*, 51(4), 425-432. doi: 10.1093/geront/gnr067
- Nakanishi, M., Hattori, K., Nakashima, T. Ve Sawamura, K. (2014) "Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: Why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence?", *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 76-e1. doi: 10.1016/j.jamda.2013.07.006
- Niimi, Y. (2016) "The "Costs" of informal care: an analysis of the impact of elderly care on caregivers' subjective well-being in Japan", *Review of Economics of the Household*, 14(4), 779-810. doi: 10.1007/s11150-016-9333-1
- Nohara, Y. Ve Satoh, E. (2017) "A study on the evaluation methodology of home care environment for elderly people in local city", *Urban and Regional Planning Review*, 4, 45-57. doi: 10.14398/urpr.4.45
- Olivares-Tirado, P., Tamiya, N. Ve Kashiwagi, M. (2012) "Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan", *BMC Health Services Research*, 12(1), 239. doi: 10.1186/1472-6963-12-239
- Özkul, M., Kalaycı, İ. (2018). Enformel Bir İş Ve İstihdam Alanı Olarak Yaşlı Bakıcılığı: Yaşlı Yakınları İle Bakıcı İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 1-27.
- Sağlık Bakanlığı (2012) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, 2018 Yılı Faaliyet Raporu, Ankara, 2019.
- Saito, J., Haseda, M., Amemiya, A., Takagi, D., Kondo, K. Ve Kondo, N. (2019) "Community-based care for healthy ageing: Lessons from Japan", *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 570-574. doi: 10.2471/BLT.18.223057
- Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., Kawakami, N., Hashimoto, H., Kondo, N., Sarah, A. K. Ve Palmer, M. (2018) "Japan Health System Review", *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia*, 8(1).
- Statistics Japan (2017) Ministry of Internal Affairs and Communications Japan. Statistical Handbook Of Japan 2017, <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2017all.pdf> (15.01.2020)
- Sudo, K., Kobayashi, J., Noda, S., Chompikul, J., Fukuda, Y. Ve Takahashi, K. (2018) "Japan's healthcare policy for the elderly through the concepts of self-help (Ji-jo), mutual aid (Go-jo), social solidarity care (Kyo-jo), and governmental care (Ko-jo)", *BioScience Trends*, 12(1), 7-11. doi: 10.5582/bst.2017.01271
- Taşdelen, P. Ve Ateş, M. (2012) "Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.

TÜİK (2018a) Nüfus Projeksiyonları: Demografik Göstergeler, 2000-2025 [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1027](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027)  
(20.04.2020)

TÜİK (2018b) Haber Bülteni: Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080, Yayın No. 30567del

Uyutan, Y. (2018). Hollanda. Kıdemli Yaştakiler İçin Politikalar -Yaşlanmak mı Yaş Almak mı? Gemlik, N., Arslanoğlu, A. (Ed.) Nobel Yayınevi, Ankara.

Yamamoto-Mitani, N., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Takemura, Y. Ve Suzuki, M. (2015) "Factors of good collaboration in home-based end-of-life care: a questionnaire survey of Japanese home care nurses, home helpers, and care managers". *Care Management Journals*, 16(3), 129-140. doi: 10.1891/1521-0987.16.3.129

Yılmaz, M. Ve Şara, E. (2014) "Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.